Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas

Antropologia e Saúde

Luiz Fernando Dias Duarte
Ondina Fachel Leal
organizadores

Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas

Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas

Luiz Fernando Dias Duarte
Ondina Fachel Leal
organizadores

ISBN: 85-85676-46-9

Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica:
Angélica Mello

Capa:
Danowski Design

Ilustração da Capa:
A partir de desenho de Hans Arp, 1919.

Copidesque e Revisão:
Marcionílio Cavalcanti de Paiva

Supervisão Editorial:
Walter Duarte

Catalogação-na-fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

D812d Duarte, Luiz Fernando Dias (org.)
Doença, sofrimento, pertubação: perspectivas etnográficas. / organizado por Luiz Fernando Dias Duarte e Ondina Fachel Leal.– Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
210p.

1.Antropologia cultural. 2.Processo saúde-doença. 3.Doença-etnologia.

CDD. - 20. ed. - 306

1998
Editora Fiocruz
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo / Manguinhos
21041-210 / Rio de Janeiro / RJ
Tel.: (021) 590-3789 Ramal 2009
Fax.: (021) 280-8194

AUTORES

- **Ana Paula Portella**
  (Mestrado em Ciência Política; pesquisadora do SOS CORPO GÊNERO E CIDADANIA)
- **Carlos Alberto Caroso**
  (Doutor em Antropologia; professor do Departamento de Antropologia / Universidade Federal da Bahia)
- **Cecília de Mello e Souza**
  (Doutora em Antropologia, professora do Instituto de Psicologia / Universidade Federal do Rio de Janeiro)
- **Daniela Riva Knauth**
  (Doutora em Antropologia; professora do Departamento de Medicina Social e do Programa de Pós-graduação em Antropologia Social / Universidade Federal de Minas Gerais)
- **Eduardo Viana Vargas**
  (Mestre em Antropologia Social; doutorando em Antropologia; professor do Departamento de Antropologia / Universidade Federal de Minas Gerais)
- **Francisco J. Arsego de Oliveira**
  (Mestrando em Antropologia Social; médico geral comunitário)
- **Helen D. Gonçalves**
  (Mestranda em Antropologia Social; pesquisadora do Centro de Pesquisas Epidemiológicas do Departamento de Medicina Social / Universidade Federal de Pelotas)
- **Heloísa Helena Salvatti Paim**
  (Mestranda em Antropologia Social)
- **Henrique Caetano Nardi**
  (Mestre em Sociologia; médico; pesquisador do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde Coletiva)
- **Iara Maria de Almeida Souza**
  (Mestre em Sociologia; professora do Departamento de Sociologia / Univerdade Federal da Bahia)
- **Jaqueline Ferreira**
  (Mestre em Antropologia Social; médica geral comunitária)
- **Luiz Fernando Dias Duarte**
  (Doutor em Ciências Humanas; professor do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social / Museu Nacional / Universidade Federal do Rio de Janeiro)
- **Maria Teresa Citeli**
  (Doutoranda em Sociologia; Secretária-Executiva da Comissão de Cidadania e Reprodução)

- **Nubia Rodrigues**
  (Mestre em Sociologia; Secretária-Executiva da Comissão de Cidadania e Reprodução)

- **Ondina Fachel Leal**
  (Doutora em Antropologia; professora do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social / Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

- **Patrice Schuch**
  (Mestranda em Antropologia Social)

- **Zulmira Newlands Borges**
  (Doutoranda em Antropologia Social)

Sumário

Investigação Antropológica sobre Doença, Sofrimento e Perturbação: uma Introdução

1. Esta coletânea integra-se a esforços empreendidos, nos últimos anos, pela comunidade nacional dos cientistas sociais voltados para os temas de 'saúde' e 'doença', com o intuito de organizar uma rede de interlocução mais sistemática que, a um só tempo, expresse a crescente riqueza dos seus investimentos em pesquisa e propicie novos patamares de percepção crítica aos trabalhos da área.

O projeto geral delineou-se a partir do I Encontro Nacional em Antropologia Médica,[1] ocasião em que as principais lideranças do campo se encontraram em auspicioso ambiente de cooperação. Os sucessivos congressos da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (ANPOCS) e da Associação Brasileira de Antropologia (ABA) facultaram a organização de grupos de trabalho e mesas-redondas centrados em torno da temática "Pessoa, Corpo e Doença" – recorte que visava a proporcionar uma perspectiva mais abrangente dos fenômenos ligados ao 'adoecimento'.

Muitos dos trabalhos apresentados nesses encontros científicos já se encontram publicados em sua forma original ou modificados, no formato de duas outras coletâneas – Alves & Minayo (1994) e Leal (1995) –, bem como individualmente – Souza & Rabelo (1996); Diniz (1996) e Guimarães (1996), entre outros.

Os 12 trabalhos inéditos aqui reunidos recortam o universo daquelas exposições sob o prisma mais específico da 'doença', por conseguinte, da relação com os onipresentes sinais da 'instituição médica'. Os trabalhos de Knauth, Vargas, Ferreira, Souza e de Citeli, Mello e Souza & Portella foram apresentados no XIX Encontro Anual da ANPOCS, que teve lugar no ano de 1995; os de Borges, Oliveira, Gonçalves, Paim e Nardi, apresentados na V Reunião Regional da ABA (Merco)SUL, também realizado em 1995; e os de Schuch e de Rodrigues & Caroso, apresentados no XX Encontro Anual da ANPOCS, efetuado em 1996.

Não é irrelevante ressaltar o caráter de 'comunicação científica' de que se revestem todos os textos: são curtos, economizam estrategicamente a informação sobre fundamentação teórica e procedimentos de pesquisa para concentrar-se na exposição de um nódulo significativo de informação, em um problema analítico capaz de alimentar as perspectivas comparativas, suscitar o interesse etnográfico da comunidade dos pesquisadores e estimular o debate sobre o próprio recorte produzido do objeto e acerca de suas alternativas e fronteiras.

O principal interesse desta coletânea é o de divulgar o potencial dos métodos da análise antropológica no estudo de questões que, pela sua gritante relevância social e imediata 'objetividade', costumam ser objeto privilegiado de análise e interpretação pelo ângulo dos grandes números da Sociologia e da Epidemiologia. Todos estes traba-

lhos representam o que se convencionou denominar 'metodologia qualitativa', em reconhecimento ao privilégio concedido ao controle do sentido, da significação, da dimensão valorativa ou qualitativa dos fenômenos observados e da atitude cognoscitiva do observador – que constitui certamente a essência do espírito antropológico.

A maior parte dos trabalhos opera nos quadros canônicos das análises de representações baseadas em material empírico obtido mediante entrevistas e observação participante. Apenas um – o de Citeli, Mello e Souza & Portella – fundamenta-se em material essencialmente quantitativo, formalizado por meio de questionários. Contudo, neste mesmo estudo, a presença paralela de entrevistas e do método de discussão em grupos focais aprofunda a capacidade de discernimento quanto a valores e representações. Torna-se testemunha, assim, de como a fronteira entre as duas metodologias está longe de ser estanque, uma vez que expõe o uso crítico da quantificação como veículo tão precioso de objetivação antropológica quanto a observação ou a coleta de narrativas.

O trabalho de Vargas, por sua vez, não se alicerça em material etnográfico convencional. A análise antropológica se processa, neste caso, sobre dados históricos gerais, tentando discernir o traço dos valores e representações em processos de larga escala da cultura ocidental moderna, relativizados pela perspectiva comparativa. Esse tipo de trabalho, influenciado pela interlocução com as idéias de Foucault e com as novas vertentes da ciência histórica – social, das mentalidades, das idéias etc. – é cada vez mais expressivo dentro do horizonte antropológico, produzindo equilíbrio salutar com as indispensáveis análises micro.

Por fim, o trabalho de Souza mostra outra derivação importante dentro da Antropologia contemporânea: a das análises de narrativas influenciadas pela fenomenologia e pela etnometodologia. Faz-se uma tentativa de formalização dos processos subjacentes aos fenômenos de significação, entendidos como manifestações da 'experiência' social. Embora o interesse se descentre das representações enquanto sinais de sistemas de valor e significação, bem se poderá ver – ao ler o texto, junto com os dos demais – como as duas perspectivas podem complementar-se e produzir avantajados lucros no esclarecimento das condições de efetivação dos fenômenos sociais.

Pela leitura dos títulos dos trabalhos, percebe-se imediatamente a amplitude das situações etnográficas brasileiras em que se aglutinam essas 'doenças', 'sofrimentos' e 'perturbações'. Temas clássicos dos estudos antropológicos – como 'família', 'pessoa', 'identidade', 'troca', 'gênero', 'trabalho', 'pureza' e 'ritual' – se condensam em situações concretas que põem em ação a reflexão sobre 'ascensão social', 'respostas à aflição', 'reconstrução de identidades sociais', 'dispositivos disciplinares', 'sexualidade', 'medicalização', 'serviços de saúde', 'escolhas terapêuticas' ou 'transição demográfica'. Mais empiricamente, aí estão as disfunções renais, a AIDS e a tuberculose, assim como a chamada doença mental. Todavia, também constam a contracepção e a gravidez, a suspensão do trabalho masculino, a higiene corporal ou o consumo de drogas legais e ilegais.

2. A oportunidade de publicação desta coletânea suscita algumas observações mais amplas concernentes ao universo de pesquisa, à área temática dos fenômenos que a cultura ocidental moderna designa como 'doença', 'saúde' e 'medicina', incluindo-se aí a chamada 'doença mental', e às terapêuticas 'psicológicas' ou 'biopsicológicas'.

A importância 'social' do tema não precisa ser demonstrada. Impõem o investimento de pesquisa e reflexão acerca de uma das áreas mais críticas da experiência humana – ao mesmo tempo, universal e multifacetada – não só a experiência universal da 'doença', da 'enfermidade', do 'sofrimento', da 'aflição', da 'perturbação', do 'mal-estar' – com seus recortes e expressões lingüísticas e culturais específicas, tais como os que em língua inglesa procuram distinguir entre *sickness, disease, illness* e *distress* –, como também, e sobretudo, a experiência específica da cultura ocidental de concepção de 'doenças físicas', às quais corresponde a instituição de uma 'Medicina' ou 'Ciência Médica'.

Esse universo abrange, atualmente, estudos realizados do ponto de vista de muitas ciências humanas. Além, obviamente, da Sociologia, da Antropologia Social e da Ciência Política, ocupam-se dessa área os saberes psicológicos – Psiquiatria, Psicologia e Psicanálise –, em maior ou menor compatibilidade com a perspectiva das Ciências Sociais em sentido estrito – como no caso da chamada Psicologia Social – e uma série de disciplinas próximas aos saberes médicos ou biológicos, tais como a Epidemiologia, a Saúde Pública ou a Antropologia Física – também com relação de compatibilidade variável com as Ciências Sociais. Sem contar a permanente e relevante produção no campo da História em geral – ou da História das Idéias ou da História das Mentalidades –, de enorme importância para a compreensão da dinâmica dos próprios estudos sociológicos em torno desse tema.

No interior das próprias Ciências Sociais multiplicou-se a complexidade do campo, em vista da emergência e consolidação, nas últimas décadas, de áreas de especialização comprometidas com certas perspectivas epistemológicas e metodológicas, tais como: a Antropologia Médica, sobretudo a norte-americana; a Antropologia da Doença, em especial, a francesa; a Etnomedicina; a Etnopsiquiatria; a Etnopsicanálise; a Saúde Coletiva; e a Sociologia Médica.

Esse universo espelha sua riqueza até na existência de numerosos periódicos científicos especializados, o que não exclui a presença de produção nos periódicos mais gerais. No exterior, revistas como a *Medical Anthropology*, a *Social Science & Medicine*, a *Culture, Medicine & Psychiatry*, o *Medical Anthropological Quarterly*, a *Ethos*, a *Culture & Psychology*, o *Bulletin d'Ethnomédicine* e o *Journal of Psychohistory* (antigo *Journal of Ethnopsychiatry*) são exemplos dessa florescente literatura. Mesmo no Brasil, dispomos hoje de pelo menos cinco veículos especializados para esse tipo de publicação: os *Cadernos de Saúde Pública*, a *Revista de Saúde Pública*, a *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, a *Saúde e Sociedade*, a *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* e o *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.*

Nos diversos centros de ciências sociais brasileiros, a quantidade de pesquisadores envolvidos com o estudo desse tema vem crescendo e, mais ainda, vem exigindo a reordenação do campo, com vistas à maior visibilidade e integração. Recentemente, importantes esforços têm sido envidados no seio das reuniões científicas da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco, da ABA e da Anpocs, como mencionado anteriormente. O I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, realizado em Belo Horizonte, em meados de 1993, e o I Encontro Nacional de

Antropologia Médica, que teve lugar em Salvador, em fins de 1993, mostraram a abrangência e pujança desse campo, suas possibilidades de articulação mais sistemática com o âmbito internacional e, concomitantemente, a conveniência de garantir espaço propriamente 'sociológico' ao trabalho desenvolvido.

Com efeito, uma das características dessa área, pelas propriedades mesmas do objeto, é a forte proximidade dos saberes biomédicos, epidemiológicos ou psicológicos – em sentido lato – e de suas instituições. Essa contigüidade é necessária, sem dúvida; mas tanto pode ser enriquecedora quanto restritiva e enrijecedora. Muitas das dissensões internas do campo se armam, por exemplo, em face da oposição entre a perspectiva pragmática, operativa, interventiva, inevitável nos saberes médicos e psiquiátricos, e aquela concernente aos saberes sociológicos, supostamente mais reflexiva ou relativizadora.

Isso certamente significa alimentar os fóruns de interlocução mais marcados pela outra perspectiva – tais como as reuniões da ABRASCO, os Congressos Brasileiros de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, as Conferências Nacionais de Saúde para os Povos Indígenas, os Encontros Brasileiros de Interconsulta Psiquiátrica, os Encontros de História e Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, as Jornadas de Psiquiatria do Rio de Janeiro, os Encontros Nacionais de Antropologia Médica, entre tantos outros –, mas, igualmente, lutar por abrir e manter alternativas mais propriamente 'sociológicas' ou 'de Ciências Sociais'.

Foi justamente a preocupação com a demarcação desse foco mais especificamente 'sociológico' que orientou o recorte mediante o qual se propôs os Grupos de Trabalho da ABA e da ANPOCS em que foram apresentados os presentes textos: "Pessoa, Corpo e Doença". Consideramos, alguns de nós – pesquisadores da área –, que a contextualização da questão da 'doença' no interior de uma problemática nomeada como da 'pessoa' e do 'corpo' pode ser 'gancho' estratégico útil para reentranhar, reintegrar, na totalidade da experiência social, um conjunto de categorias, representações, práticas e instituições que são solidárias da *disembeddedness* característica da cultura ocidental moderna e que pedem – para serem convenientemente tratadas sociológica ou antropologicamente – a reimersão no contexto significativo em que se desenham.

Trata-se certamente de estratégia analítica específica, que não é compartilhada – pelo menos, não no mesmo nível de comprometimento – por todos os pesquisadores envolvidos na área. Poder-se-ia mesmo dizer que se trata de estratégia mais 'antropológica', à medida que se pretende metodologicamente mais 'holista'. Na impossibilidade, unanimemente reconhecida, de formular proposta que seja epistemologicamente neutra, justifica-se esta, presente, pelo menos enquanto mais distante da que tende a prevalecer nos meios marcados pela interlocução médica e psiquiátrica e – *last but not least* – enquanto necessária e claramente aberta a todos os grupos e tendências hoje encontráveis na comunidade de Ciências Sociais brasileiras.

A opção holista permite que os fenômenos da 'doença' ou 'perturbação' sejam sistematicamente associados ou cotejados com as perspectivas mais amplas dos estudos de 'construção social' da Pessoa, do Corpo ou das Emoções, mais tradicionais nos estudos antropológicos. Com efeito, embora eles tenham florescido mais facilmente associados aos estudos das sociedades 'simples' ou das culturas 'clássicas', vem-se

avolumando a produção sobre esses eixos no interior das próprias sociedades ocidentais modernas com implicações analíticas notoriamente abrangentes e desafiadoras.

No recorte desta coletânea, a dimensão holista do englobamento por 'pessoa' e 'corpo' mantém-se visível nos títulos das Partes em que se congregam os artigos. Permanece também no título geral, ao justapor-se a categoria 'doença' às de 'sofrimento' e 'perturbação'. Com efeito, o uso de noções semanticamente mais abrangentes – e, notoriamente, de 'senso comum' –, ao referir-se à 'doença', tem efeito relativizador fundamental em face dos pesados reducionismos 'fisicalistas' que cercam essa representação entre nós, por força da instituição médica e de sua inarredável legitimidade.[2]

Nas línguas latinas, a categoria 'sofrimento', alternativa à de 'dor', constitui uma dessas formas inevitáveis para lidar com a dimensão entranhada do adoecimento. O que faz o essencial da 'doença', ou seja, a experiência de uma disrupção das formas e funções regulares da pessoa, implica necessariamente o 'sofrimento', quer se o entenda no sentido 'físico' mais restrito, quer se o entenda no sentido 'moral', abrangente, em que o estamos aqui empregando e que engloba, inclui, o sentido físico.

De um ponto de vista antropológico, no entanto, a gama dos 'sofrimentos' nomeáveis pela experiência humana é muito mais ampla que a sucessão de idéias pelas quais algumas culturas – e, em particular, a ocidental – os entendem como 'doença', ou seja, a ocorrência efetiva de uma disrupção física (o *disease* da antropologia médica norte-americana) ou o reconhecimento culturalmente sancionado de uma forma de evento ou situação disruptiva definida (a *illness*). As imprecisões e vicissitudes da categoria 'doença mental', criada para abarcar a maior parte das antigas formas da 'loucura' no Ocidente, bem demonstram as dificuldades de se estender a convenção fisicalista da 'doença' para as formas globais do 'sofrimento'.

O esforço de relativização antropológica desses fenômenos conduz ainda ao recurso à categoria 'perturbação', herdada da antiga tradição 'médico-filosófica' do Ocidente. Evocar as 'doenças' e os 'sofrimentos' no quadro mais abrangente das 'perturbações' significa admitir que muitas das situações reconhecidas como 'patológicas' em nossa cultura – pelo menos em suas versões mais eruditas ou oficiais – podem ser consideradas 'regulares' em outras, deixando mesmo de implicar qualquer 'sofrimento' peculiar.

É claro que as 'perturbações' a que me refiro tendem a apresentar-se sob forma 'físico-moral', se não exclusivamente 'moral', lembrando-nos de que esta categorização só faz sentido com base na nossa peculiar concepção dualista do humano (cf. Duarte, 1994). Mais uma vez, os fenômenos associados ao que se pode chamar de 'doença mental' se impõem à reflexão. Sua relação freqüente com crenças ou explicações 'religiosas', por um lado, ou com manifestações do 'cultivo de si', tais como a criatividade artística ou o consumo de drogas, por outro, demonstram o quanto são cruciais para a vida humana e podem distanciar-se da negatividade do 'patológico'.

O certo, porém, é que elas também podem ser eventualmente consideradas como relacionadas ao 'adoecimento' em uma cultura fortemente marcada pela hegemonia das representações fisicalistas da Biomedicina. O exemplo da gravidez e do parto é particularmente significativo: da mais absolutamente regular 'perturbação', comprometida com a totalidade das crenças ou valores sobre a pessoa reinantes em cada cul-

tura, fez-se no Ocidente um evento assimilável à 'doença', 'medicalizado', dependente de uma série de valores especificamente associados ao problema da verdade científica e da tecnologia médica.

3. A maior parte dos trabalhos aqui presentes ocupa-se, de uma forma ou de outra, da 'variação' ou 'modalidade' cultural de representações de doença, sofrimento ou perturbação. Por tratarem, no entanto, de situações etnográficas ou históricas da nossa própria sociedade, não temos aqui a 'grande' variação comparada que se associa à Antropologia: a que se desenha contra outras 'culturas', sobretudo as 'tribais'. Temos, pelo contrário, um tabuleiro de 'pequenas' variações internas da nossa própria sociedade, cujo estatuto ontológico muito se discute. Dois vetores avultam nessa diferenciação: o que opõe os saberes 'leigos' ou 'ordinários' aos 'eruditos' ou 'científicos' – sobretudo, no caso, os biomédicos e psicológicos – e o que opõe as representações das 'classes' letradas – médias e superiores – às 'classes populares'.

A diferenciação entre saberes eruditos e ordinários sustenta alguns dos temas fundamentais da etnografia dos fenômenos aqui abordados. Toda a questão da 'medicalização', por exemplo, funda-se na diferença vivíssima das representações ativas dos agentes de saberes biomédicos e aquelas que sustentam a experiência cotidiana das pessoas – mesmo a desses próprios agentes, sempre que não estiverem agindo no estrito campo de suas especialidades. E é preciso levar em conta, enfaticamente, a dimensão dinâmica dessa oposição, na medida em que, desde o século XVIII, as fórmulas da Biomedicina não têm cessado de influir nas representações gerais concernentes ao adoecimento e de modificar os patamares de tolerância e demanda das instituições médicas. Algo, porém, da ordem de uma 'reinvenção' parece envolver a forma dessa difusão, tornando permanentemente fluidas e complexas as fronteiras delineadas por esse modelo de diferenças.

Possivelmente, ainda mais controvertida é a diferenciação entre as representações das classes 'letradas' – 'superiores', 'médias e superiores', 'dominantes', elites etc. – e as das classes 'populares' – 'trabalhadoras', 'pobres', 'desfavorecidas', 'dominadas' etc. Embora se apresente com a força de evidência etnográfica recorrente, a distância entre aqueles dois pólos sociologicamente ancorados nunca é facilmente mensurável.

Tampouco se encontra critério unânime para delinear as fronteiras, as zonas de transição entre os dois grupos. Eu próprio, em trabalhos antigos, procurei descartar como impreciso o uso de 'classes populares' para designar o pólo que mais se afasta de nossas próprias representações – de intelectuais de classe média –, considerando, por muitos motivos, como mais sustentável a categorização de 'classes trabalhadoras' (cf. Duarte, 1986). Posteriormente – apesar de continuar julgando muito bem fundados os argumentos em prol daquela outra delimitação – acabei por também utilizar o designativo menos preciso de 'classes populares'. Dadas as dificuldades de determinação das fronteiras desses espaços culturais, hoje parece-me melhor utilizar justamente a expressão menos precisa. O que é um convite à renovação de uma discussão que transcende os textos aqui presentes, mas deles recebe, sem dúvida, subsídios.[3]

A variedade das informações etnográficas apresentadas nesta coletânea e as formas pelas quais elas foram problematizadas espelham – como já disse – uma quali-

dade que se deseja preservar nos trabalhos antropológicos brasileiros voltados para a 'saúde' e a 'doença': alta flexibilidade das perspectivas metodológicas, permanentemente aliada à crítica dos pressupostos analíticos. As reiteradas e combinadas referências a Mauss, a Dumont, a Schutz, a Foucault, a Garfinkel, a Bourdieu, a Goffman, a Evans-Pritchard, a Boltanski, a Herzlich & Pierret, a Mary Douglas e a Arthur Kleinman bem demonstram o quanto esses trabalhos se inserem na 'tradição' da Antropologia brasileira: pluralidade crítica e criativa (cf. Peirano, 1991).

A Antropologia que se faz no Brasil tem efetivamente se caracterizado por uma exposição regular à multiplicidade das influências internacionais – inclusive epistemológicas –, o que torna com freqüência sua contribuição menos nítida ou tipificada do que a das antropologias nacionais metropolitanas, mas possivelmente mais ágil no enfrentamento da multiplicidade de identidades e forças sociais em jogo no Ocidente contemporâneo.

Essa multiplicidade implica, necessariamente, uma sensibilidade muito peculiar às grandes tensões que atravessam, desde sua origem, as Ciências Humanas ocidentais e que continuam a energizar os desenvolvimentos contemporâneos. Enfrentam-se, em nosso campo, todas as configurações epistemológicas que se encontram em ação nos campos metropolitanos, porém sem as tradições hegemonizantes que se pode permanentemente reconhecer nas diferentes culturas nacionais centrais.

A preservação dessa tensão pareceria boa empreitada, caso houvesse acordo em considerar que a riqueza de toda a tradição científica ocidental – e, em particular, das 'ciências humanas' – se sustenta justamente na "inarredável tensão" entre posições epistemológicas antípodas em diálogo (cf. Duarte, 1995). É inevitável que, para garantir a preservação dessa tensão, a cada momento, se vá avaliando os desenvolvimentos do campo e propondo correções de rumo sempre que alguma das posições aproximar-se de uma hegemonização prejudicial ao fluxo proposto.

Quando se começou a proceder à mencionada e recente reorganização da frouxa rede dos antropólogos operando com Saúde/Doença no Brasil, pareceu-me que o principal obstáculo ao referido fluxo seria uma importação mecânica do empirismo pragmaticista da Antropologia Médica norte-americana, o qual, combinado com a recente influência 'neo-romântica' ou 'interpretativista', configura o movimento mais abrangente que chamei em outro trabalho de 'empirismo romântico' (Duarte, 1985).

A resistência estratégica a esse movimento se sustentava, além do mais, na avaliação mais permanente ou estrutural de que ele representa uma reativação de pressupostos da ideologia individualista que dá suporte ao senso comum da cultura ocidental moderna e que se opõe – como permanente resistência – à 'percepção sociológica' mais plena, àquilo que se pode denominar 'universalismo romântico'.

Continuo achando que esse é o foco principal de debate entre nós, nesta área temática, e é nesse sentido que expresso aqui – repetindo palavras que disse em mesa-redonda da XX Reunião Brasileira de Antropologia (em Salvador, 1996) – uma visão dos investimentos antropológicos a respeito dos fenômenos ditos da 'doença' e 'saúde' baseada no pressuposto de um 'holismo' metodológico, na presunção de um entranhamento simbólico radical de todas as experiências humanas e de sua inseparabilidade do horizonte integrado de cada cultura, implicando, portanto, o permanente desafio do 'relativismo'.

Avulta, nessa reflexão, a ênfase no fato de que o horizonte simbólico da 'cultura ocidental moderna' subjaz a qualquer esforço de conhecimento ou compreensão antropológica e que a percepção controlada desse fundamento é a via-régia do trabalho de nossa disciplina. O nosso 'relativismo' possível é, assim, 'relativo' ele próprio, situacional. Optar por evocar as temáticas da Pessoa e do Sofrimento (ou Dor) neste contexto, significa aproximar-se dos fenômenos em questão, enfrentando-os com base em categorias consideradas como mais estruturantes ou mais expressivas no quadro da cosmologia ocidental moderna.

A teoria em que me apoio para oferecer uma interpretação antropológica sobre a aqui defendida "inarredável tensão" é a de Dumont (1972): o projeto universalista racionalista seria a expressão gnoseológica da ideologia central da cultura ocidental moderna, o individualismo, e o contraponto romântico não seria senão a retradução da percepção hierárquica do mundo vazada nos termos de uma resposta ao individualismo – nesse sentido, literalmente um contraponto. Para meus fins, procuro acrescentar a esse modelo a compreensão de um terceiro termo ou configuração: o empirismo, que deveria ser considerado como a expressão operacional ou metodológica, por assim dizer, espontânea, do individualismo.

Formula-se, desse modo, o notório paradoxo: a Ciência Social, para ser ciência 'do social' – no sentido lato do termo –, necessita de 'relativa relativização' do sistema ideológico que sustenta o seu próprio projeto de ser ciência e deve, nesse sentido, aproximar-se – sempre tendencialmente – do modo pelo qual o homem se realiza no mundo – mesmo que não seja, ainda ou jamais, absolutamente claro o estatuto ou nível ontológico da qualidade holista dessa experiência – que se pode, ainda assim, tentar reconhecer.

A aproximação tendencial não se pode completar, porém, sob pena de fazer ruir o próprio projeto de conhecimento. A repetição, a paráfrase ou a modulação do senso comum são atributos dos múltiplos discursos regulares de qualquer cultura e, em muitos casos, como o das cosmologias religiosas, faz-se acompanhar das mais refinadas formas de elaboração cognitiva. A especificidade do projeto científico ocidental não está na sofisticação dos recursos formais utilizados, mas na maneira pela qual os faz operar, na recusa da totalização garantida *a priori* pela significação, na manutenção da atitude de suspeita metódica ante as totalizações reemergentes e na preservação do horizonte de expectativas ligado ao progressivo desvendamento das condições de organização da realidade.

Um dos mais notáveis exemplos dessa "inarredável tensão" é, sem dúvida, o fato de que a própria percepção de uma 'realidade' externa estruturada e cognoscível a que está jungido o projeto universalista tenha sido enriquecida e espessada na constituição das ciências humanas, graças a múltiplas e sucessivas inspirações de cunho 'romântico'.

Os investimentos antropológicos sobre 'doença' ou 'saúde' repetem todas as vicissitudes desses enfrentamentos e tensões. Como a organização de seu subcampo se deu bastante tardiamente – em comparação com outras temáticas da disciplina e em diálogo inevitável com as 'medicinas', em particular a Biomedicina ou Medicina cientificista ocidental moderna – e as 'psicologias' naturalistas, uma boa parte do es-

forço fundante teve que se concentrar na oposição ao 'reducionismo biomédico', procurando desconstruir, em múltiplas frentes, a arraigada percepção de uma 'naturalidade' das experiências do adoecimento e de suas terapêuticas.

Embora muitos textos clássicos encaminhassem aproximações a temas que foram particularmente desenvolvidos dentro do novo campo – sobretudo Evans-Pritchard e seu tratamento da questão da causalidade –, a Antropologia da saúde/doença teve que reconstruir, por sua própria conta e com base em seus próprios materiais, as polêmicas que antes haviam atiçado as áreas mais tradicionais do parentesco, da religião, da organização política ou da sexualidade.

Podemos reconhecer, nesse trabalho, um primeiro período – dos anos 1960 aos 80 – em que prevaleceu linearmente a luta em torno da oposição 'natureza *versus* cultura', com a progressiva afirmação da posição 'construtivista' ou 'nominalista' sobre o objetivismo/ realismo associado à Biomedicina. Um segundo período, iniciado na década de 80, transpõe a luta para o eixo 'cultura *versus* experiência individual', espelhando a generalizada influência das posições neo-românticas.

Neste novo plano, a ênfase na 'experiência' e a expectativa de recuperação do caráter de 'totalidade', com que se impõe ao humano, implica a busca da superação das dicotomias entre razão/emoção ou corpo/espírito.[4] Curiosamente, o 'corpo' volta ao primeiro plano não mais apenas como o organismo natural determinante: é agora o ente de controvertido estatuto que serve de palco ativo da 'experiência' ou 'vivência' dos sujeitos.

Essa caracterização rápida – mais centrada nos desenvolvimentos norte-americanos do que nos franceses, em boa parte por causa do caráter mais maciço e sistemático da produção dos primeiros – deixa escapar nuances importantes e não enfatiza suficientemente a abrangência da produção etnográfica decorrente desses investimentos.

Embora muito expostos a críticas mais analíticas, como as que eu mesmo formulei a propósito do tratamento específico da "síndrome dos nervos", não há dúvida sobre a quantidade e peso dos materiais ofertados à análise nesta última década por um movimento cada vez mais amplo e articulado de pesquisadores em Antropologia da saúde/doença, na verdade, autonomeadamente 'médica' (cf. Duarte, 1996a).

O principal obstáculo ao bom termo dessa notável empreitada etnográfica é a maneira razoavelmente ingênua com que se acreditou resolvida a problemática da 'cultura', uma vez subjugada a hidra do biodeterminismo. Desse modo, podemos verificar que permanece, como substrato profundo de todas as argumentações, uma noção genérica e muito vaga de 'cultura' – que só se atualiza afirmativamente na recusa ao biodeterminismo. Os empregos subseqüentes expõem a fragilidade do uso residual desse conceito nas fímbrias das afirmações mais categóricas sobre a 'experiência' e o *embodiment*.

Os autores norte-americanos tendem, nesse sentido, a um uso puramente empírico de 'cultura', aplicada a quaisquer subconjuntos com marcadores diacríticos de experiência social: cultura ocidental, norte-americana, afro-americana, latina, franco-canadense, irlandesa, mojave etc. Claro que esse é o uso que prevalece hoje, em geral, no senso comum ocidental, residindo o problema menos nessa utilização descritiva em si do que na impossibilidade de lidar com marcadores de diferenças efetiva-

mente significativos, úteis para a compreensão das continuidades e descontinuidades nas representações sobre pessoa, corpo, emoção, perturbação, sofrimento, doença e saúde.

A proposta, aqui reiterada, de um 'culturalismo radical' procura demonstrar que esse acervo de sinais empíricos acumulados só poderá efetivamente brilhar com toda a pujança, se vier a ser observado à luz de teoria consistente e ambiciosa no que concerne à constituição e permanência das diferenças culturais dentro das sociedades configuradas, tendo por referência a cultura ocidental moderna.[5]

Esse ponto poderia ser ilustrado por muitos caminhos. Em outros momentos, utilizei ora o recurso à área semântica mais estrita dos 'nervos' ora à área mais ampla da Pessoa. Volto a esta última, acoplada à questão do 'sofrimento', procurando produzir melhor equilíbrio argumentativo iluminador do tema da 'doença'.

O 'culturalismo radical' significa não perder de vista que a Antropologia que fazemos e toda a cultura que nos sustenta – a nós, intelectuais das classes médias e superiores das sociedades ocidentais – são solidárias de amplo sistema de representações – que tanto pode ser visto como 'cosmologia' quanto como 'ideologia' – a que se tem dado o nome de 'individualismo'. O caráter axial desse sistema vem sendo apontado desde há muito tempo, ainda que não necessariamente sob tal nome.

Para não sairmos dos mais óbvios de nossos pais fundadores, Marx descreveu-o sob a espécie de sua versão 'político-econômica': o liberalismo contratualista; Durkheim analisou-o indiretamente em toda a sua obra, porém, mais explicitamente, em seu notável *O Individualismo e os Intelectuais* (1970 [1898]); e Weber ocupou-se dele sob o ponto de vista das modificações de *ethos* e racionalidade que implicara o triplo processo da "desmagicização", "fraternização" e "mundanização", característico da modernidade. Mais perto de nós, Norbert Elias ampliou a compreensão da hegemonização do individualismo mediante sua análise do regime de "autocontrole" intrínseco ao "processo civilizatório", e Foucault esmiuçou diversos dos seus mecanismos condutores – sobretudo no que toca à "individualização" – pelo poder disciplinar e pelo dispositivo de sexualidade.

Mesmo autores recentes, em posição antípoda a qualquer 'culturalismo', acabam oferecendo precioso material de corroboração dessa hipótese, como é o caso do *La Souffrance à Distance*, de Luc Boltanski, que descreve minuciosamente a concomitância da constituição da esfera pública moderna com a produção da atitude de distanciamento dos sujeitos em relação ao mundo e às emoções alheias, em que consiste a própria interiorização do indivíduo moderno (cf. Boltanski, 1993; resenha em Duarte, 1996b).

A mais notável qualidade dessa configuração de valores – descrita por Louis Dumont como paradoxal justamente por privilegiar, como chave da totalidade, a parte, o 'indivíduo' – é a de que ela se ordena pautada em uma representação específica e obsessiva da Pessoa; diferente, nisso, de todas as demais culturas, cujas teorias da Pessoa se ordenam sobre princípios cosmológicos que a englobam e situam diferencialmente. O modelo do individualismo exige atenção particular a esse patamar da comparação, transformado em experiência crucial.

Todas as múltiplas outras áreas mais específicas da vida social dependem do modo pelo qual se articulam com o foco central dos valores, ou seja, com a represen-

tação da Pessoa individualizada moderna e sua coorte de efeitos concomitantes: a racionalização e afastamento do sensível, a fragmentação dos domínios e a universalização dos saberes, a interiorização e psicologização dos sujeitos, a autonomização da esfera pública e a institucionalização do liberalismo em sentido lato, a intimização da família, a autonomização dos sentidos e, conseqüentemente, de uma 'estética' e de uma 'sexualidade'.

Os fenômenos da 'doença' constituem, na cultura ocidental moderna, um subproduto do cruzamento daqueles princípios: a 'medicalização' ou 'naturalização' decorre da racionalização e fragmentação dos domínios do saber, empreendida sistematicamente desde a fisiologia do século XVII contra os antigos saberes cosmológicos holistas – a doutrina dos humores e da melancolia, por exemplo.

A lamentada perda da totalidade da experiência do adoecer em nome de um privilégio da realidade reificada das 'doenças', a que se dedica uma crescente 'especialização' e 'tecnicização', não é senão um dos aspectos desse longo e inevitável processo. Sobre a 'mercantilização' dos serviços de saúde e a 'indústria' do hospital/asilo nem é preciso dizer muito: o senso comum já reconhece sua vinculação com o liberalismo econômico.

No pólo oposto e em tensão com a 'naturalização', a 'responsabilização' íntima dos doentes pela ocorrência de suas 'perturbações' – outro fenômeno tão regularmente denunciado pelos críticos do nosso estado de coisas – decorre linearmente da interiorização e psicologização dos sujeitos (cf. exemplo etnográfico em Good, M.-J., 1992).

Por trás de todos esses desenvolvimentos, creio poder demonstrar a preeminência da nossa concepção de Pessoa: seu caráter, ao mesmo tempo autonômico, singularizado, interiorizado; sua dependência de um corpo 'naturalizado', cujo conhecimento e manipulação depende dos saberes científicos especializados; sua expectativa tensa de ver reconhecida a preeminência de sua vontade interior e de ser coerente com os regimes contraditórios de verdade com que convive e em que acredita (verdade objetiva *versus* subjetiva, externa *versus* interna etc.).

4. É menos óbvio que se possa ver, por detrás desse quadro, a mediação de um complexo sistema de representações concernentes à relação da Pessoa com o mundo, que envolve os temas da Dor e Sofrimento, bem como os da Excitação e do Prazer. Como ressaltei em outro trabalho, a cultura ocidental moderna herda da tradição cristã uma preocupação instituinte com a corporalidade e a mundanidade (cf. Duarte & Giumbelli, 1994).

O senso comum contemporâneo costuma creditar a essa tradição uma atitude de desprezo e violência para com a 'carne'. Muito pelo contrário, toda a evidência histórica aponta na direção de uma atitude de peculiar 'valorização', paradoxal aos nossos olhos laicizados porque voltada para a 'santificação' da matéria e do corpo: o 'templo do espírito'. A essa antiga ênfase deve-se creditar a sempre crescente atenção à corporalidade humana – sobretudo a partir do Renascimento (cf. Le Breton, 1988) – e aos mecanismos que permitem que aloje e alimente o espírito divinamente animado. Toda a filosofia moderna se funda na inquietação a respeito dos sentidos e das paixões – considerados como materiais – e sua relação com a razão – a *res cogitans*. Os 'empiristas' levam essa exploração às mais radicais conseqüências, consolidando a

versão mecanicista do Homem, resultado das 'experiências' sensoriais registradas pelo seu 'sistema nervoso'.

Também à tradição cristã pode ser atribuída a pista de outra linha de desenvolvimento do 'sensualismo' ou 'sensorialismo' ocidental moderno: a ênfase na dor, na paixão e no sacrifício de si como acesso ao Valor, à proximidade do divino, conforme radicalmente sublinha desde logo a imagem da Paixão do Cristo. Uma linha de desenvolvimento, hoje muito bem descrita, carrega o modelo da auto-imolação do pietismo pré-reformado ao puritanismo, do pietismo reformado ao romantismo, chegando à fórmula do 'artista', do 'cientista' e de uma série de outros 'profissionais' contemporâneos, entre os quais, certamente, os 'médicos', 'enfermeiros' etc.

Desse modo, os caminhos da 'doença' no Ocidente foram constrangidos por essas balizas: de um lado, a racionalização cientificista aplicada à natureza, em geral, e à corporalidade, em particular – tal como à defesa radical da sua integridade material –, produziram o que se chama agora de Biomedicina, com todos os seus benefícios e fraquezas. De outro, a interiorização auto-responsabilizante produziu os múltiplos saberes 'psi', com suas eventuais propostas terapêuticas – mais ou menos antagônicas com as ambições da Biomedicina – de ocupar, por intermédio dos 'nervos' e do 'cérebro', também as perturbações morais. A Psiquiatria contemporânea expressa muito bem essa tensão, abrigando desde as versões mais biologizantes às mais morais – tanto do lado da influência da Psicanálise quanto da de alguns 'sociologismos'.

Um patamar ampliado de 'saúde' física foi sendo obtido progressivamente às custas da 'dor', em movimento que não deixou de registrar inquietações acerca da 'perda' desta última – na verdade, foi necessário distinguir entre 'dor patológica' e 'dor normal', do que é testemunho a polêmica em torno do parto natural, por exemplo, ou o contínuo desenvolvimento e dedicação a disciplinas corporais 'dolorosas' consideradas 'saudáveis'. Nunca deixou, porém, de permanecer o tema do valor do 'sofrimento' ora como fundante do próprio estado de sociedade ora como condição de acesso a patamares legítimos de condição social.[6]

De modo geral, no entanto, a tendência tem sido a de crescente legitimidade da expulsão da dor do horizonte das experiências consideradas como 'corporais' e a concomitante interiorização da problemática de sua 'experiência'. O surgimento recente da idéia de 'sofrimento psíquico', que pode não ser consciente, expressa caricaturalmente esse processo, associado à forma peculiar de interiorização patrocinada pela Psicanálise.[7]

O impressionante desenvolvimento da literatura – sobretudo antropológica – a respeito da 'dor crônica' é testemunha, por outro lado, dessa preocupação com a dimensão 'subjetiva', 'experiencial' – e, por isso mesmo, supostamente mais verdadeira – do sofrimento humano (cf., por exemplo, Vrancken, 1989; Baszanger, 1989; Good, M.-J. et al., 1992). Hoje assistimos – em especial, nos meios neo-românticos – a retomada da expectativa de reunificação da 'totalidade perdida' que – como já mencionei – procura recusar a dicotomia 'corpo/espírito', mas não pode prescindir de linguagem psicologizante ou, pelo menos, interiorizante (cf. Good, M.-J. et al., 1992, por exemplo).

Herzlich & Pierret (1984) descreveram com precisão o tema da *maladie libératrice*, presente em seus informantes franceses, que encena igualmente essa arti-

culação hierárquica entre físico e moral, em contraposição à visão habitual, entre nós, da prevalência generalizada da dicotomia. A estetização da experiência humana – iniciada no Renascimento e teorizada e aplicada sistematicamente a partir do final do século XVIII – ensejou fortíssimo desenvolvimento de exploração dos sentidos e sentimentos, turvando com freqüência as fronteiras entre dor e prazer sob a rubrica geral da 'sensibilidade' (cf. Lawrence, 1979). Vincent-Buffault nos dá magníficos exemplos das diferentes formas históricas dessa dimensão ainda tão estruturante entre nós, como no tocante ao prazer de chorar ante uma obra de arte (Vincent-Buffault, 1988). O desenvolvimento concomitante da chamada "estética do mal", de Sade a Nietzsche ou Bataille, tão fundamental para a arte contemporânea e para a organização dos movimentos hedonistas do século XX, mal pode merecer referência aqui.

Na verdade, toda esta evocação um tanto impressionista do caráter fundamental da dor para a cultura ocidental moderna apenas introduz à melhor compreensão dos caminhos que vêm trilhando mais recentemente as antropologias da 'doença', do 'sofrimento' e da 'perturbação'. A ênfase na 'experiência' tem tornado inevitável um deslizamento crescente na direção de uma antropologia das 'emoções' – às vezes chamada de 'etnopsicologia' – ou de uma antropologia da 'dor' – ambas cada vez mais vigorosamente presentes no horizonte, tanto independentemente quanto ligadas à problemática da 'saúde/doença' –, incluindo etnografia original dentro ou fora das sociedades ocidentais.

É notável como a projeção dessa preocupação tipicamente ocidental impulsiona uma poderosa máquina de captação de informações, a qual, para muitos, acaba por encurralar, como tarefa impossível, a aspirada comparação: ou bem se objetiva e assim se perde ou deslustra a suposta 'subjetividade' desse fenômeno, ou bem não se objetiva e tampouco se compara.

5. A revisão de algumas das marcas das representações da cultura ocidental moderna sobre 'doença' e 'sofrimento' já nos permite entrever a complexidade de que se revestem para nós tais questões e, ao mesmo tempo, a riqueza da utilização de uma chave analítica coerente, ainda que tentativa, como todas, para as necessárias empreitadas comparativas. Isso nos possibilita concordar, de nova maneira, com a literatura antropológica que fala da multiplicidade dos sistemas de representação de 'doença/saúde'. Permite-nos, sobretudo, distinguir metodologicamente: a-) os testemunhos relativos a situações culturais com baixa intervenção da ideologia individualista e de seus corolários – como é o caso da maioria das culturas tribais; b-) os que remetem a situações culturais em que essa intervenção foi profunda, mas seletiva, por aplicar-se sobre outras formas culturais altamente estruturadas ou maciçamente compartilhadas – como é o caso das sociedades 'orientais' ou 'islâmicas'; c-) os relativos às sociedades metropolitanas ocidentais – em que a difusão e institucionalização da ideologia individualista é máxima, mas de modo algum completa ou uniforme; e, d-) finalmente, os que remetem a situações culturais basicamente pertencentes à cultura ocidental, mas que, por muitos motivos, manifestam baixa ou heterogênea institucionalização da ideologia individualista – como é o caso das sociedades periféricas do Ocidente, mormente as latino-americanas e as européias orientais.[8]

Ao lado do empreendimento etnográfico comparado em si mesmo, a posição aqui defendida implica o questionamento concernente a questões que nos formula-

mos, a partir desse horizonte cultural que é o nosso, único e inultrapassável. Esse controle epistemológico deveria ensejar pouco a pouco, como já ensejou em outras subáreas do conhecimento antropológico, a produção de conceitos um pouco menos etnocêntricos, um pouco menos viciados. Isso importa freqüentemente na adoção de novas terminologias ou, pelo menos, na suspensão do sentido das que mais espontaneamente se apresentam a nosso espírito.

Foi nesse sentido, por exemplo, que defendi a adoção da categoria 'perturbações físico-morais' para designar congregadamente a área dos fenômenos humanos que nossa cultura individualista segmenta em 'doença mental', 'possessão', 'transe', 'distúrbio psíquico', 'distúrbio psicossocial', 'somatização' etc. O qualificativo 'físico-moral' procurava justamente reconstituir o caráter de vínculo ou mediação de que esses fenômenos se cercavam nas relações entre a corporalidade e todas as demais dimensões da vida social, inclusive, e eventualmente, a espiritual ou transcendental.

As dificuldades de compreensão comparada de tantas dessas situações não diminuem propriamente ao utilizar-se a grade analítica aqui proposta. Afinal de contas permanecem as complicadíssimas questões relativas ao estatuto do 'não-individualismo', presentes desde as propostas originais de Louis Dumont no que diz respeito à "hierarquia", e, de qualquer modo, também as relacionadas aos critérios empíricos pelos quais se pode discernir a aplicabilidade e rentabilidade desse esquema de análise.

O que se ganha é a possibilidade de melhor conceber e afinar a comparação, de melhor controlar as dúvidas emergentes, de melhor garantir a preservação de um horizonte universalista de busca e pesquisa. O mais delicado aspecto da atual voga 'empirista romântica' é, a meu ver, a dissolução desse horizonte, com a singularização dos esforços analíticos sucedendo-se à singularização pretendida para as situações observadas e para as próprias situações de observação – a tal hipocondria a que se referiu mordazmente Geertz a propósito de seus herdeiros.

Em seminário recente, fiz com que se lesse sucessivamente dois belos trabalhos antropológicos que lidam com situações de destruição corporal e dor: o *L'Expérience Concentrationnaire*, de Pollak (1990), e o *Knowledge and Passion*, de Rosaldo (1980). Entre os múltiplos níveis de análise que essas obras nos ensejaram e ensejam chamou a atenção de todos o modo pelo qual a discussão anterior a respeito do peso das formas de 'interiorização' na compreensão da 'experiência' do sofrimento das sobreviventes do Holocausto permitia-nos formular uma questão abrangente acerca da rica etnografia de Michel Rosaldo, da qual ela não parecia ter se apercebido: a experiência da caça às cabeças entre os Ilongot só se apresenta, tanto para os nativos quanto para a pesquisadora, do ponto de vista dos caçadores, nunca das vítimas. Ao passo que na etnografia de Pollak é das vítimas fundamentalmente que se há de tratar.

Embora tenha havido muitos ensaios sobre a psicologia do torturador nazista, não houve e, provavelmente, nunca haverá nenhuma pesquisa antropológica sobre este outro nível do fenômeno. Na verdade, podia-se perceber que estava claramente em jogo o vetor das representações de Pessoa e Sofrimento prevalecentes entre nós: as vítimas dos campos de concentração eram sujeitos interiorizados, individualizados, expostos a uma conjuntura escandalosa de destruição. Sua reflexidade é espelho direto de nossa auto-imagem.

Entretanto, os caçadores de cabeça Ilongot partem de outra concepção de Pessoa e Dor: a violência e o sofrimento são dimensões 'estatuintes' e não 'constitutivas'; mesmo esse sofrimento não é o sofrimento 'interior' de quem sofre ação exógena – como no caso, a destruição –, mas o sofrimento 'relacional' de quem perde um parente útil ou de quem é impedido de aceder à plena condição de Pessoa por não poder mais caçar a cabeça ritual. A pesquisadora enfrenta com galhardia o desafio de fazer a etnografia da "experiência" de Pessoas que não são 'indivíduos', de sujeitos não-interiorizados, com as dificuldades que ela minuciosamente reconhece e examina. Porém, nesse caso, a evidência da máxima alteridade cultural – típica da tradição antropológica – justifica em si o portentoso desafio.

A posição simétrica inversa seria a de enfrentar a etnografia do torturador nazista. Esta é, para nós, um desafio extenuante, porque cercada do escândalo ou anomalia de compreender sujeitos que foram construídos dentro de nossa cultura, mas que não só não se comportam como 'indivíduos', como assumem comportamento coletivo de degradação e destruição de outros 'indivíduos'.

É claro que nem sempre estão em jogo situações etnográficas limite ou nuances interpretativas como as desse exemplo. O risco mais grave que a presente posição procura evitar é o da repetição das universalizações ingênuas impostas pela não-relativização dos pressupostos ideológicos de nossa própria cultura. Em outro texto (Duarte, 1993), procurei chamar a atenção para a forma pela qual a Antropologia Médica norte-americana projetava o esquema tipicamente individualista da 'dominação' de 'classe' ou de 'gênero' – ele próprio necessário e legítimo para lidar com situações relativas à institucionalização da ideologia da igualdade nas sociedades ocidentais – concernentes a espaços ou questões culturais completamente alheios a essa configuração. No que tocava à interpretação dos fenômenos do 'nervoso' popular, substituía-se assim o temido 'reducionismo biomédico' por outros 'reducionismos' não menos etnocêntricos (ver, sobretudo, Cayleff, 1988; Van Schaik, 1989; Lock, 1989, e Scheper-Hughes, 1992).

6. As presentes ponderações, que reenfeixam muito do que tenho defendido nos últimos anos, não têm por objetivo substituir – pela desqualificação – os empreendimentos ora em curso sob tantas perspectivas no que tange à pessoa, à dor, à doença, à saúde e às emoções. Visam a, pelo contrário, enriquecê-los mediante a oferta de interlocução com perspectiva mais englobante ou abrangente, capaz de reformular as contradições e aporias em que se têm enredado as interpretações mais empiristas.

Lendo recentemente uma boa resenha das posições epistemológicas neste nosso campo, feita por Bibeau & Corin – fundamentada, aliás, em perspectiva diferente da minha –, ocorreu-me aproveitar uma referência histórica, cuja memória ela me refrescava (cf. Bibeau & Corin, s/d). Entre os quatro níveis tradicionais da interpretação bíblica – atribuídos a Orígenes e Santo Agostinho –, de cuja herança se desentranha a moderna hermenêutica, alinha-se, após as interpretações 'literal', 'alegórica' e 'moral', a interpretação 'anagógica', como a última e sempre mais obscura de todas.

Conforme lembram todos os comentadores, trata-se aí de tudo o que respeita a percepção dos significados mais elevados, sublimes, teleológicos ou abrangentes do

texto sagrado. Talvez mais 'englobantes' pudéssemos dizer, nesse caso, na linguagem da 'teoria da hierarquia' – querendo com isso sublinhar que uma laica *anagoge* deve englobar as múltiplas outras interpretações que se produz sobre os fenômenos sociais, de modo a evitar a entropia dos dados empíricos desatentos de sua maior significação.

Os 12 textos que seguem, leitor, deverão instruí-lo não apenas quanto à informação linear que podem aportar sobre tal ou qual aspecto de seu maior e presente interesse nas questões da 'doença', do 'sofrimento' e da 'perturbação': sua virtude 'etnográfica' é justamente a de nos inquietar e fazer refletir sobre o sentido último de nossos maiores e mais presentes interesses.

Luiz Fernando Dias Duarte

Notas

1 Realizado em Salvador, em fins de 1993, por iniciativa de um grupo de cientistas sociais reunido na II Conferência Brasileira de Epidemiologia (Belo Horizonte, 1992) e sob a responsabilidade principal do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (cf. Alves & Minayo, 1994: "Introdução").

2 Na tradição anglo-saxã, o uso de categorias como *affliction* e *distress* envolve justamente esse efeito de evocação da consideravelmente mais vasta mancha semântica em que se situam os fenômenos do adoecimento em qualquer cultura.

3 Tratarei, adiante, dos condicionantes mais abrangentes desses dois vetores de diferenciação, que não se deixam compreender sem a referência aos princípios da ordem cosmológica ocidental moderna.

4 Ver os exemplos típicos, ainda que um tanto aleatórios, de Rosaldo (1984); Scheper-Hughes & Lock (1987) e Good, M.-J. et al. (1992).

5 O que hoje inclui praticamente todas as sociedades do planeta, mesmo as mais periféricas ou mais aparentemente distantes, como as 'orientais' ou as 'islâmicas'.

6 Denomino "dor instituinte" aquela que se imagina estar na raiz da instituição da vida em sociedade e compõe, desse modo, o elenco das "emoções originárias" nas sociogêneses dos empiristas e nas sociologias de Durkheim, de Elias ou de Bourdieu, por exemplo. Distingo como "estatuinte", a dor implicada nas provas de acesso de determinados sujeitos sociais a estatutos "atribuídos", predeterminados (conforme as escarificações dos ritos de passagem); e como "constitutiva", aquela implicada em projetos de "aquisição" pela via da construção, constituição ou transformação interior – como tudo o que se relaciona à tradição do *Beruf* e do *Bildung* no Ocidente.

7 Essa representação, hoje associada necessariamente ao modelo psicanalítico, tem sua presença retraçada no Ocidente Moderno, por Gauchet & Swain (1980:432), ao alienismo de Esquirol. Ver em McDougall (1972:177) um uso típico da categoria no quadro da psicanálise contemporânea.

8 Os dois vetores de diferenciação presentes nos textos desta coletânea, a que me referi anteriormente, só ganham pleno sentido nestas duas últimas condições. Tanto a oposição entre saberes eruditos e laicos quanto a oposição entre representações das "elites" e das "classes populares" expressam a descontinuidade da difusão da ideologia individualista, ora tendo

em vista sua "racionalização científica" do mundo ora com a finalidade de transformação das Pessoas relacionais em Indivíduos que se pensam como autônomos. Esta última questão é hoje bem mais visível na condição 'd', em que se encontra uma sociedade como a brasileira, do que nas sociedades metropolitanas – condição 'c' –, que tendem a considerar a permanência de bolsões relacionais como fenômenos exóticos ou exógenos relativos a minorias "étnicas", por exemplo.

Referências Bibliográficas

Alves, P. C. & Minayo, M. C. de S. (Orgs.) *Saúde e Doença: um olhar antropológico.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

Baszanger, I. Pain: its experience and treatments. *Social Science and Medicine,* 29(3), 1989.

Bibeau, G. & Corin, E. *From Submission to the Text to Interpretive Violence,* s/d. (Mimeo.)

Boltanski, L. *La Souffrance à Distance. Morale humanitaire, médias et politique.* Paris: Éd. Métailié, 1993.

Cayleff, S. Prisoners of their own feebleness: women, nerves and Western Medicine – a historical overview. *Social Science & Medicine,* 26(12), 1988.

Diniz, D. Dilemas éticos da vida humana: a trajetória hospitalar de crianças portadoras de paralisia cerebral grave. *Cadernos de Saúde Pública,* 12(3), 1996.

Duarte, L. F. D. *Da Vida Nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas).* Rio de Janeiro: Zahar/CNPq, 1986.

Duarte, L. F. D. Os nervos e a Antropologia Médica norte-americana: uma revisão crítica. *Physis. Revista de Saúde Coletiva,* 3(2), 1993.

Duarte, L. F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: Alves, P. C. & Minayo, M. C. de S. (Orgs.) *Saúde e Doença: um olhar antropológico.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

Duarte, L. F. D. Formação e Ensino na Antropologia Social: os dilemas da universalização romântica. In: Oliveira, J. P. (Ed.) *O Ensino da Antropologia no Brasil. Temas para uma discussão.* Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia, 1995.

Duarte, L. F. D. *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective.* Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1992. 214p. Resenhado por Good, M -J. D.V. et al. (Orgs.) *Mana. Estudos de Antropologia Social,* 1(2), 1996a.

Duarte, L. F. D. Distanciamento, reflexividade e interiorização da Pessoa no Ocidente. A propósito de 'La Soufrance à Distance. Morale humanitaire, médias et politique', 1993 – Boltanski, Luc. Paris: Éd. Métailié. *Mana. Estudos de Antropologia Social,* 3(1), 1996b.

DUARTE, L. F. D. & GIUMBELLI, E. A. As concepções de pessoa cristã e moderna: paradoxos de uma continuidade. *Anuário Antropológico*, 93. Brasília: Universidade de Brasília, 1994.

DUMONT, L. *Homo Hierarchicus*. London: Palladin, 1972.

DURKHEIM, É. L'individualisme et les intellectuels. In: FILLOUX, G. (Ed.) *La Science Sociale et l'Action*. Paris: PUF, 1970.

GAUCHET, M. & SWAIN, G. *La Pratique de l'Esprit Humain (l'institution asilaire et la révolution démocratique)*. Paris: Gallimard, 1980.

GOOD, M.-J. D. V. Work as a haven from pain. In: GOOD, M.-J. D. V. et al. (Eds.) *Pain as Human Experience: an anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press, 1992.

GOOD, M.-J. D. V. et al. *Pain as Human Experience: an anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press, 1992.

GUIMARÃES, C. D. 'Mais merece!' – o estigma da infecção sexual pelo HIV/Aids em mulheres. *Estudos Feministas*, 4(2), 1996.

HERZLICH, C. & PIERRET, J. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*. Paris: Payot, 1984.

LAWRENCE, C. J. The nervous system and society in the Scottish Enlightenment. In: BARNES, B. & SHAPIN, S. (Eds.) *Natural Order*. London: Sage Publications, 1979.

LE BRETON, D. Dualisme et Renaissance. Aux sources d'une représentation moderne du corps. *Diogène*, 142, avr./mars 1988.

LEAL, O. F. (Org.) *Corpo e Significado. Ensaios de Antropologia Social*. Porto Alegre: Ed. da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.

LOCK, M. Words of fear, words of power: nerves and the awakening of political consciousness. *Medical Anthropology*, 11(1):79-90, 1989.

MCDOUGALL, J. Plaidoyer pour une certaine anormalité. *Revue Française de Psychanalyse*, 2, 1972.

PEIRANO, M. *Uma Antropologia no Plural. Três Experiências Contemporâneas*. Brasília: Universidade de Brasília, 1991.

POLLAK, M. *L'Expérience Concentrationnaire. Essai sur le Maintien de l'Identité Sociale*. Paris: Éd. Métailié, 1990.

ROSALDO, M. *Knowledge and Passion. Ilongot notions of self and social life*. Cambridge: Cambridge University Press, 1980.

ROSALDO, M. Toward an Anthropology of self and feeling. In: SCHWEDER, A. & LEVINE, R. (Eds.) *Culture Theory: Essays on Mind, Self and Emotion*. Cambridge: Cambridge University Press. p.137-157, 1984.

SCHEPER-HUGHES, N. *Death without Weeping. The Violence of Every Day Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press, 1992.

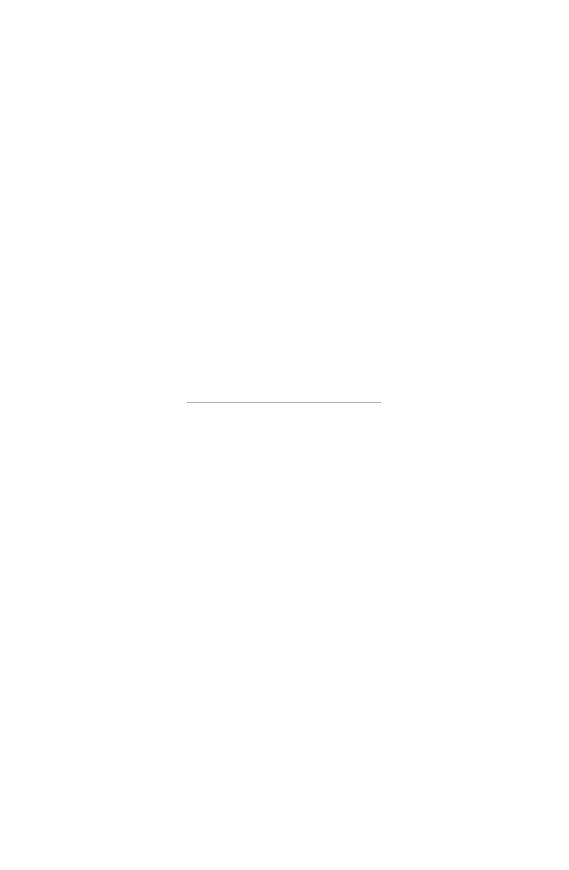
SCHEPER-HUGHES, N., & LOCK, M. The mindful body: a prolegomenon to future work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(4), 1987.

SOUZA, I. & RABELO, M. Imagens do eu em uma trajetória de enfermidade. *Ciências Sociais Hoje*, p.222-233. São Paulo: Anpocs, 1996.

VAN SCHAIK, E. Paradigms underlying the study of nerves as a popular illness term in Eastern Kentucky. *Medical Anthropology*, 11(1):15-28, 1989.

VINCENT-BUFFAULT, A. *História das Lágrimas: sécs. XVIII-XIX*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

VRANCKEN, M. A. E. Schools of Thought on Pain. *Social Science and Medicine*, 29(3), 1989.

Corpo e Reprodução

1

Marcas no Corpo: gravidez e maternidade em grupos populares

Heloísa Helena Salvatti Paim

Este estudo tem como objetivo analisar alguns dos significados sociais atribuídos aos eventos biológicos da reprodução. Busca-se descrever e estudar algumas concepções e práticas acerca da vivência da gravidez e da maternidade de algumas mulheres de grupos urbanos de baixa renda em Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

A gravidez e a maternidade são temas antropologicamente relevantes, uma vez que não se esgotam apenas como fatos biológicos, mas abrangem dimensões que são construídas cultural, social, histórica e afetivamente. A gravidez processa-se no corpo das mulheres, porém, como outros acontecimentos do mesmo tipo, tem significados construídos com base na experiência social. Por conseguinte, pode-se pensar que são variáveis conforme a posição social ocupada pelos sujeitos, segundo classe, sexo, idade etc.

Propõe-se, como hipótese, que as mulheres pesquisadas têm um universo simbólico específico, segundo o qual percebem e vivenciam suas experiências corporais, ao contrário de segmentos das camadas médias, que costumam compartilhar concepções médico-científicas do corpo e da saúde caracterizadas por visão compartimentalizada, individualista e normatizada (cf. Motta, 1995). Os membros de grupos populares adotam outras explicações para os fenômenos corporais. Mesmo quando há utilização do discurso médico, verifica-se uma ressemantização destas informações.

Neste sentido, entende-se que gravidez e maternidade não devam ser fenômenos estudados isoladamente e sim integrados aos sistemas de valores mais amplos dos grupos populares. Assim, é fundamental analisá-los no contexto das concepções de corpo, de reprodução e das relações de gênero inseridos em situação concreta de classe, onde adquirem significados.

Este trabalho compõe-se de uma discussão de cunho teórico acerca das concepções de corpo e de gênero como construções sociais e objetos de estudo. Em seguida, tenta-se ressaltar aspectos de vivência da gravidez obtidos a partir do método etnográfico,[1] traçando paralelos com parte da literatura antropológica.

Corpo e Gênero: Construções Sociais e Objetos Antropológicos

A sensibilidade, os sentimentos e os afetos, tomados em geral como dados 'naturais' ou biológicos, têm sido objeto de estudo das áreas humanas com o intuito de demonstrar as dimensões sociais, históricas e culturais destes fenômenos. Pode-se citar, por exemplo, o trabalho de Ariès (1981), que descreve o surgimento do "sentimento de infância e de família"; o de Badinter (1985), contrapondo-se aos defensores do instinto materno; o de Leroi-Gourhan (s/d), mostrando que a utilização do suporte orgânico do homem difere da do animal, na medida em que incorpora uma rede de símbolos; o de Bastide (1983), que mostra como o "sentimento de cansaço" não se refere apenas à vivência de certo estado fisiológico, mas é condicionado a "categorias do espírito" que podem estimular ou ocultar a consciência das sensações do corpo.

Do mesmo modo, as concepções de saúde, doença e corpo, os quais em geral são percebidos como noções meramente biológicas, também têm sido apontadas como construções sociais. A este respeito, a contribuição fundamental da Antropologia consiste em demonstrar que qualquer apreensão do que seja a natureza já é feita com base em um universo cultural. Dentro desta perspectiva, entende-se que o corpo, ainda que algo natural e individual, é conformado e moldado socialmente. O corpo é, desse modo, compreendido e usado por referência ao universo cultural específico a cada grupo social.

Mauss (1974), em seu texto clássico *As Técnicas Corporais*, problematiza as manifestações corporais, analisando-as como fenômenos sociais e não apenas como reflexos mecânicos de um corpo físico. Fundamenta a sua dimensão social mediante a enunciação da diversidade de formas que uma atividade pode tomar. Observa, por exemplo, que, na Índia, muitas mulheres costumam ter seus filhos em pé; já nos países europeus, opta-se pela posição deitada ou de cócoras. Sua argumentação salienta que as posições adotadas no parto não derivam de escolhas individuais ou meramente mecânicas, mas resultam de intenso processo educativo que começa desde a mais tenra idade e que se distingue conforme a idade e o sexo das pessoas.

Percebe-se como é possível vislumbrar inúmeros aspectos da organização social que expressam pressões sociais sobre os indivíduos, tomando-se por base o estudo das concepções, usos e cuidados com o próprio corpo ou com o dos outros. Tais reflexões encontram-se de modo bastante desenvolvido nos estudos sobre gênero, que são uma das preocupações primordiais neste trabalho.

A utilização da categoria de gênero expõe a preocupação de pesquisadores em desnaturalizar as identidades sexuais, a divisão sexual do trabalho e as relações desiguais entre homens e mulheres (v. Rosaldo, 1979). Trata-se de tentativa de romper com explicações essencialistas acerca da posição de subordinação das mulheres em diferentes sociedades. Sendo assim, 'gênero' refere-se a uma construção social do sexo. 'Sexo', por sua vez, diz respeito ao fenômeno 'natural' – cabe lembrar que, em

verdade, toda elaboração sobre este fenômeno natural já é social; sexo e natureza também são construções históricas e culturais. Contudo, mantêm-se estas distinções em termos analíticos.

Busca-se ressaltar o caráter eminentemente arbitrário da ordem simbólica. Não se está negando a importância do fator biológico, mas sim salientando que ele, isoladamente, não nos informa sobre o mundo social, já que este fator é vivido e interpretado no âmbito de uma cultura. Desta forma, não se deve interpretar 'gênero' como noção unívoca que é determinada do mesmo modo em todos os lugares e épocas, mas como produto da interação de forças sociais.

O caráter socialmente construído da gravidez e da maternidade é ilustrado pela diversidade de significados que podem assumir dentro de uma mesma sociedade ou em sociedades distintas. Como coloca Mead (1979) em seu estudo sobre três tribos da Nova Guiné, a notícia da gravidez é recebida com desgosto entre os Mundugomor, havendo afastamento dos demais membros quanto ao casal. As mulheres não gostam de amamentar, caracterizando-se este momento mais pelo incômodo do que pela afeição. A relação entre mãe e filho é marcada pela impaciência e por ressentimentos. Os homens e as mulheres são bastante agressivos, nascendo a criança em um mundo hostil, onde terá maior possibilidade de sobreviver se for violenta também. Já os Arapesh devotam atenção especial às crianças, procurando deixá-las sempre confortáveis e bem alimentadas. Entre os Tchambuli, por sua vez, há fortes laços de solidariedade entre as mulheres. A responsabilidade pela alimentação e cuidado das crianças é dividida entre as esposas do pai.

Em suma, a gravidez e a maternidade, em particular, e os eventos corporais, em geral, não são apenas indícios do desempenho de uma atividade biológica, ou seja, natural. Constituem também eventos culturais: são submetidos a uma construção simbólica que se impõe aos indivíduos. Por esta razão, seus estudos tornam-se relevantes para a Antropologia. Sendo assim, para que se compreenda como são experienciados estes fenômenos corporais, deve-se inseri-los em contexto mais amplo.

Ainda que as experiências da maternidade e da gravidez sejam experiências sociais, são percebidas pelos indivíduos como meramente naturais. Como argumenta Bourdieu (1990), se certos fenômenos são considerados naturais, como a divisão sexual do trabalho, isto deve-se ao fato de estarem presentes de forma objetiva no mundo social e por terem sido incorporados à própria estrutura cognitiva do sujeito. Quer dizer, são pensados como sistema de categorias de percepção e ação. Desse modo, o arbitrário torna-se necessário, assume a aparência de ter fundamento natural, quando, em verdade, é imposição social que se efetiva por meio do processo de formação e educação:

> *E no entanto o golpe de força que o mundo social exerce sobre cada um de seus sujeitos consiste em imprimir em seu corpo (...) um verdadeiro programa de percepção e apreciação e de ação que, na sua dimensão sexuada e sexuante, como em todas as outras, funciona como uma natureza (cultivada, segunda) isto é, com a violência imperiosa e (aparentemente) cega da pulsão ou do fantasma (socialmente construído).* (Bourdieu, 1990:15)

Na concepção de Bourdieu, o mundo social imprime no corpo as categorias fundamentais de uma visão de mundo baseada em princípios sociais de divisão e oposição que são arbitrários. A diferença biológica é usada como forma de justificar as diferenças socialmente construídas:

> *... o trabalho visando transformar em natureza um produto arbitrário da história encontra neste caso um fundamento aparente nas aparências do corpo, ao mesmo tempo que nos efeitos bem reais que produziu, nos corpos e nos cérebros...* (Bourdieu, 1990:15)

Com base na explicação de Bourdieu, pode-se entender o outro lado da moeda: em primeiro lugar, vistos como fenômenos biológicos, em verdade, são vivenciados mediante um universo cultural; em segundo lugar, compreende-se que as imposições culturais tornam-se tão arraigadas que são percebidas como naturais.

Até este momento, procurou-se demonstrar que os aspectos sociais e culturais perpassam as noções de corpo e de gravidez para, desta forma, salientá-los e construí-los como objetos antropológicos. Nas seções seguintes, buscar-se-á aproximar o universo dos grupos populares pela descrição e análise do trabalho etnográfico, bem como por intermédio da literatura específica.

Considerações acerca da Cultura Popular: Domínio Público e Privado

Inicialmente, é preciso explicitar aspectos que têm servido como pano de fundo para pensar a vivência da gravidez no universo de estudo escolhido: em primeiro lugar, noção de cultura popular; em segundo, como se compreende, dentro deste contexto, a posição ocupada pela mulher na realidade social. Quanto à noção de cultura popular, ressaltar-se-á apenas suas características principais.

A cultura popular não constitui dimensão completamente autônoma, uma vez que se pode tomar elementos de outros universos para compor determinada visão de mundo, como, por exemplo, na apropriação do discurso médico pelas mulheres de grupos populares. Em tais processos de negociação de significados, certas ressemantizações estão presentes. Neste sentido, Fonseca (1992) enfatiza a necessidade de buscar a alteridade do grupo estudado, não negando a "força da moralidade vigente", mas ressaltando seu caráter criativo.

Também Duarte (1987) argumenta ser a cultura popular construção específica, que tem lógica própria, diferenciada do modelo dominante. Salienta que esta cultura não deve ser tida como resquício arcaico ou reflexo diluído do presente: "se há aí uma 'cultura', ela é diferente da nossa, e diferente não no sentido de pequenas variações, mas no sentido forte e verdadeiramente contrastivo" (Duarte, 1987:213), devendo ser investigada em suas especificidades.

Outra particularidade fundamental da cultura popular mencionada por estes pesquisadores é sua heterogeneidade. Qualquer sistema cultural apresenta diversida-

des e tensões internas que deverão ser consideradas pelo antropólogo. Sendo assim, é preciso ter claro que a cultura de um grupo é produzida historicamente em condições sociais e materiais específicas.

Neste contexto, Duarte (1986) identificou o elemento feminino subordinado ao elemento masculino ao descrever as relações de gênero nas classes trabalhadoras urbanas. Os papéis sexuais são definidos de modo relacional; há complementaridade hierárquica. O homem tem, como espaço privilegiado de ação, o domínio público, sendo também o mediador entre a mulher e este espaço – trabalho, lazer. A mulher estaria restrita ao espaço doméstico. O autor estabelece pares de oposição que associam a mulher ao que é interno, natural e privado, em oposição à exterioridade, ao social e ao público da posição masculina.

Desta perspectiva, constata-se que há atribuições distintas assumidas por homens e mulheres para que haja a reprodução social. O homem é responsável pelo sustento familiar – marido provedor – e por garantir o respeito dos membros da família. Já o desempenho das tarefas consideradas femininas não é percebido como se exigisse o desenvolvimento de habilidades especiais e sim como qualidades inerentes à condição feminina. Estas tarefas consistem primordialmente em cuidar dos filhos e do marido e em atividades domésticas. Victora (1991), entre outros autores, salienta que os cuidados com a contracepção, gravidez e amamentação são também de responsabilidade feminina.

Ser mulher, nos grupos populares, inclui a maternidade como condição inerente e necessária para sua completa realização como sujeito deste universo simbólico. As meninas, desde muito cedo, são preparadas para a maternidade por meio do cuidado dos irmãos menores e das atividades domésticas para auxiliar suas mães. A gravidez e a maternidade são vividas não apenas como processo corporal, mas como a atribuição de *status* superior à mulher – em relação às mulheres sem filhos –, como veremos adiante.

No universo pesquisado, fica claro esta posição atribuída às mulheres dos grupos populares. Durante o período de trabalho de campo, nenhuma das informantes tinha emprego fixo e nem demonstrava preocupação em desenvolver carreira profissional; comentavam que exerciam atividades remuneradas temporariamente em momentos de dificuldades financeiras. Também a escola não apareceu como opção atraente. Todas tiveram sua primeira gravidez entre 14 e 17 anos. A maioria das informantes mantinha relação conjugal estável com co-residência. Naquele momento, o cotidiano das informantes era perpassado pelas obrigações domésticas, pelo cuidado dos filhos e dos maridos e por redes de troca e de sociabilidade com a vizinhança. Em resumo, verifica-se que a construção da identidade feminina, nos grupos populares, parece estar predominantemente associada à esfera doméstica.

IDENTIDADE FEMININA E REPRODUÇÃO

Alguns trabalhos antropológicos têm destacado o papel fundamental que a capacidade reprodutiva assume na construção da identidade feminina nos grupos popu-

lares. A especificidade do corpo feminino tem sido usada como forma de marcar sua inserção na realidade social.

Victora destaca que as mulheres identificam diferentes fases em suas vidas a partir da seleção (social) de alguns fenômenos biológicos. Isto fica claro no depoimento de uma de suas informantes:

> *Antes de menstruar é menina, quando menstrua é mocinha e quando tem relação é mulher.* (Victora, 1991:106)

A menarca, que comumente ocorre em torno dos 11 ou 12 anos, é encarada como marco importante, porque indica aptidão à reprodução e mais um passo em direção à vida adulta, a qual será instaurada definitivamente com o primeiro filho. Este período de 'mocinha' é em geral curto, pois é comum, nos grupos populares, as moças envolverem-se em relações sexuais-amorosas que podem resultar em gravidez ou em casamento[2] ou em ambos, por volta dos 14 ou 15 anos.

Em trabalho anterior (Paim, 1994), procurou-se mostrar a importância da primeira gravidez para as mulheres de grupos populares. Partiu-se da hipótese de que a primeira gravidez e a consecutiva maternidade estruturam-se como ritos de passagem da mocidade para a vida adulta, isto é, são tidas como elementos constitutivos da identidade social feminina em grupos populares. Sendo assim, compreende-se o desejo e a aceitação da gravidez por parte das jovens – e também dos familiares – logo após ficarem 'mocinhas'. Tais idéias e práticas são esclarecidas pelo trabalho de Duarte (1986), que enfatiza o quanto o *status* de adulto é valorizado nas classes trabalhadoras.

Junto a isto, verificou-se a pouca importância dada à virgindade nos grupos populares. Fonseca (1986), ao analisar a noção de honra neste universo, argumenta que "não existe uma noção particular de honra ligada à moça solteira", pois a honra da mulher é fundada no espaço doméstico e a moça solteira ainda não tem este espaço exclusivo para si. Como se vê, nos grupos populares a identidade feminina completa está muito vinculada ao desempenho do papel de mãe e de esposa.

Knauth (1991) acrescenta que a concepção de saúde da mulher está associada a sua fertilidade. A autora expõe que as mulheres percebem-se mais resistentes à doença e à dor do que os homens. Esta resistência, em particular à dor, está relacionada ao parir, caracterizado por dor intensa, mas suportável pela própria condição feminina dada naturalmente.

Neste trabalho etnográfico, verifica-se igualmente que a gravidez é percebida como manifestação de saúde e não como doença. Isto pode ser visualizado no fato de as mulheres grávidas não abandonarem suas atividades diárias quando grávidas e no fato de a maioria delas não contar com a ajuda dos familiares, além dos auxílios comuns, a não ser em alguns casos e nos períodos próximos ao parto e no pós-parto. Deve-se ter em mente, como afirma Duarte, que, nestes grupos, a doença é constatada quando as pessoas deixam de realizar suas atividades rotineiras.

A importância da gravidez na construção social da identidade feminina pode ser confirmada também nos relatos das informantes, ao falarem, com profundo pesar, das mulheres estéreis ou com dificuldade de engravidar, temendo a manifestação de conflitos latentes devido a esta situação.

CONTRAPONTO

Lo Bianco (1985) aborda um aspecto da 'cultura psicanalítica', entendida como difusão das psicologias e da psicanálise em alguns grupos brasileiros, no que se refere ao cuidado com as crianças. Ela visa a apreender o desenvolvimento de um fenômeno, denominado "psicologização do feto", que consiste em tentativas das mulheres em aperfeiçoar a relação materno-infantil antes mesmo do nascimento da criança, para garantir o seu bem-estar emocional. A autora analisa este fenômeno, articulando-o com as mudanças nos papéis sociais da mulher e com as reformulações de padrões tradicionais de comportamento em relação à maternidade. Para isso, Lo Bianco faz estudo comparativo entre 19 mulheres das camadas médias (Grupo1) e 21 mulheres moradoras do subúrbio, em sua maioria migrantes nordestinas (Grupo2) residentes no Rio de Janeiro. Nas entrevistas, enfocavam-se as mudanças constatadas durante a gravidez, a relação mãe-feto, a preparação para o parto e o papel atribuído à mulher na sociedade.

Lo Bianco distingue a vivência da gravidez e maternidade em dois tipos: para o Grupo1, a gravidez é "estágio transitório *da* maternidade"; para o Grupo2, é "período transitório *para* a maternidade" (Lo Bianco, 1985:101). Esta diferença estaria presente na forma de a mãe referir-se à sua situação de mãe e ao feto. Para o Grupo1, a mulher se torna mãe ao engravidar, passando a ter cuidados concretos em relação à constituição física e psicológica do feto. Já as mulheres do Grupo2, segundo Lo Bianco, pensam que suas obrigações enquanto mãe se instauram com o nascimento da criança. Sendo assim, neste segundo grupo não se têm preocupações específicas com a gravidez, mas com as condições de sobrevivência após o nascimento da criança. Ou seja, enquanto o Grupo1 aponta que sua vida sofreu transformações com a notícia da gravidez, o Grupo2 espera que as mudanças ocorram após o nascimento da criança. Para a autora, isto explicaria porque as mulheres do Grupo2 respondem de forma breve sobre a gravidez e têm interesse de falar sobre outros assuntos, como a relação conjugal. Já o Grupo1 faz detalhadas descrições do período da gravidez nos aspectos físicos e psicológicos.

Neste universo de pesquisa tem-se verificado, por meio das observações e dos relatos sobre o cotidiano no período da gestação, diferentes práticas e percepções das mulheres quanto à gravidez daquelas descritas por Lo Bianco como sendo os comportamentos típicos dos grupos populares.

As informantes fazem recorrentes comentários acerca das alterações emocionais e físicas associadas diretamente à gestação. O crescimento da barriga instaura de forma marcante o estado de gravidez. Uma informante, perguntada se era possível esquecer que estava grávida, responde de forma contundente:

> ***Não, porque a barriga chega sempre antes, vai lavar a louça, ela chega antes na pia, vai cortar, ela chega antes na mesa.*** (Renata, 25 anos, cinco filhos)

A partir do acompanhamento do crescimento da barriga é marcado o tempo. Entre os quatro e cinco meses, a barriga começa a ficar saliente. Nos primeiros meses,

a gravidez parece transcorrer em tempo 'normal', ou seja, semelhante ao cotidiano anterior; já nos últimos meses, é vivida de modo mais lento, 'não passa nunca'. No período que antecede o parto, há maior cansaço, a barriga torna-se mais pesada, mas nem por isso há afastamento completo das tarefas, com exceção de duas informantes que afirmam terem tido deslocamento de placenta e, para manter a gravidez, foram obrigadas a ficar em repouso total.

As mulheres que estão tendo sua primeira gravidez, como já foi colocado, anseiam adquirir o *status* adulto. Com isto, há maior expectativa quanto ao surgimento da barriga e com o nascimento como indício deste novo *status*:

> *Primeiro eu queria muito que a barriga crescesse e demorou muito, depois só queria ganhar logo e acabar com a barriga.* (Rosane, 16 anos, primeira gravidez)

No grupo estudado, observa-se que a maioria das mulheres tem relação de ambivalência com seus corpos grávidos. Em certos momentos, acham lindas suas barrigas, em outros, têm a sensação de um corpo disforme, gordo. Muitas se deparavam com comentários externos de aprovação pela sua aparência, mas isto nem sempre correspondia a um sentimento pessoal. Uma das informantes afirma:

> *... eu olhava* [no espelho], *via aquele barrigão. Eu achava a minha barriga linda, isso é que eu não entendo, eu achava o corpo horrível, mas a barriga estava brillhosa, nem via os pés.* (Paula, 16 anos, um filho)

Quanto a manter relações sexuais, o que parece influir não é estar ou não grávida, mas a forma como está sendo experienciada a gestação – nervosismo, fragilidade. Além disto, a gravidez não parece ser percebida como empecilho para o estabelecimento de laços amorosos com ou sem co-residência, mesmo quando o filho esperado é de relação anterior.

Deve-se levar em conta que as diferenças encontradas entre o trabalho de Lo Bianco e o aqui desenvolvido podem ser causadas pela escolha de diferentes regiões para objeto de estudo, nas quais as pessoas vivem sob condições sociais e históricas distintas. Acreditamos, porém, que seria possível considerar outra hipótese. Em texto anterior, Lo Bianco (1981) parece deixar claro que os grupos populares adotam concepções próprias no que diz respeito à família, à infância e à mulher, o que lhe permitiu analisar o fracasso de atendimento a gestantes em um hospital público. Entretanto, no artigo mencionado inicialmente (1985), ela parece tomar como parâmetro a cultura psicanalítica que é própria de um grupo e de determinado período histórico, não conseguindo perceber a forma específica como as mulheres dos grupos populares (Grupo2) vivenciam a gravidez. Lo Bianco poderia ter afirmado que as mulheres do Grupo2 não estavam usando o mesmo referencial psicológico que o usado pelas mulheres das camadas médias, para orientar a vivência da gravidez. Ao invés disto, assevera que, para o Grupo2, "a gravidez em si não é objeto de considerações" (Lo Bianco, 1985:101).

Lo Bianco aparenta julgar como sendo falta de observação o fato de as mulheres dos grupos populares não apontarem transformações no modo como elas e suas

mães 'viviam' a gravidez. O que parece é que, ao contrário do outro grupo, que tem como meta desenvolver um projeto de maternidade e de mulher diferente daquele da geração anterior, como descrito pela autora, nos grupos populares esta não é a maior preocupação. Os conhecimentos sobre como cuidar dos filhos são transmitidos de uma geração a outra, estando mãe e filha até mesmo gerando filhos simultaneamente, ambas se auxiliando nos cuidados que se requere. Já os trabalhos de Lo Bianco, Salem (1985) e Almeida (1987) observam que alguns grupos das camadas médias vêem as experiências da geração anterior como parâmetro negativo para suas experiências.

Além disso, para melhor compreensão de como as mulheres dos grupos populares experienciam suas gestações, é preciso ter clareza acerca de algumas concepções que elas têm sobre seus corpos, a saber: que cada corpo é único, e que as experiências podem variar de uma gestação para outra; que o corpo feminino é caracterizado por movimentos de abertura e fechamento.

CORPO: UMA EXPERIÊNCIA PARTICULAR

Victora (1992) trata das representações sociais de algumas mulheres dos grupos populares acerca de seus corpos e de seus aparelhos reprodutores, a partir de desenhos e das explicações fornecidas sobre estes últimos. Ela aponta que as mulheres percebem seus corpos como únicos. Desta forma, não seria possível dar explicação geral nem para o processo menstrual nem para a fecundação, como também não para a vivência da gravidez. São eventos aleatórios, que podem ou não vir a ocorrer:

> *... ao falarem sobre o interior do corpo feminino, sobre a vida intra-uterina dos bebês, sobre a origem e o desenvolvimento da gestação referem-se exclusivamente ao seu corpo. Depreende-se então que as representações do corpo embora construam-se por categorias e sistemas classificatórios coletivos, apresentam-se de forma particular. Em outras palavras, os corpos mantém-se* [sic] *similar enquanto órgãos que o compõem, mas singular em seu funcionamento.* (Victora, 1992:43)

Neste universo de pesquisa, também foram encontradas mulheres que consideravam ter havido variação quanto a sua experiência da gravidez de uma gestação para outra, que, por sua vez, eram diferentes das experiências das outras mulheres quanto às sensações corporais e emocionais, valendo o mesmo para o parto. Isto pode ser visto no seguinte depoimento:

> *Cada gravidez é diferente da outra, uma se passa bem a outra não, uma se fica inchada a outra se emagrece.* (Renata, 25 anos, cinco filhos)

Contudo, há um repertório bastante difundido de crenças – que retomarei posteriormente – acerca dos significados destas alterações corporais, isto é, toma-se o tipo de mudança apresentada pelo corpo, por exemplo, como indício do sexo do bebê.

Além das alterações corporais, confirma-se que as mulheres vivenciam mudanças em seus estados emocionais. Assim como Lo Bianco verificou nos grupos

populares, as informantes desta pesquisa mencionavam que em algumas gestações tinham ficado mais irritáveis e nervosas. Porém, nem sempre este era o sentimento que acompanhava a gravidez nem mesmo durante todo o período. Por exemplo, Renata diz que na primeira e na última gravidez "não conseguia olhar direito" para seu marido, pois até a voz dele a incomodava. Nas outras gestações, gostava de sua companhia. Andréa (23 anos, duas filhas) diz que ficou fragilizada na segunda gravidez e que qualquer coisa, que antes não a atingiria, quando grávida a fazia chorar. São constantes as referências ao nervosismo e a um sentimento incômodo sem causa aparente, a não ser a gravidez, esperando-se que cesse após este período.

Ao contrário de Lo Bianco, que afirma que as mudanças ocorridas durante a gravidez, no modo como são constatadas pelas mulheres dos grupo populares, "carecem da possibilidade mencionada de desencadear questões acerca dos sentimentos para com o feto" (Lo Bianco, 1985:104), neste trabalho etnográfico, ao mesmo tempo em que se menciona a presença do nervosismo, demonstra-se preocupação em desfazê-lo, pois pode afetar o bebê. A mãe de uma grávida, sugerindo que a filha e o marido resolvessem alguns conflitos sem afetar o 'nenê', diz: "não se deve ficar nervosa que afeta o nenê e ele não pode se defender, os grandes [adultos] podem".

Também outras mulheres referem-se ao fato de que o feto "sabe tudo o que se passa com a mãe" e, em função disso, procuram evitar incômodos. Acreditam que exista uma ligação e uma influência mútua entre mães e filhos. Maria (50 anos, nove filhos) explica que o sofrimento que passou em decorrência da venda mal feita de sua casa, durante a gestação de seu sexto filho, fez com que ele se tornasse muito nervoso.

Quanto à comunicação intra-uterina entre mãe e feto, Lo Bianco destaca que, nas camadas médias, é elemento tido como importante para a formação psicológica do feto; sendo assim, as mães preocupam-se em estabelecê-la. Já as mulheres do outro grupo mostram grande estranhamento com esta prática, pois "ele não tá ouvindo mesmo" (Lo Bianco, 1985:107). Entretanto, neste trabalho etnográfico, inúmeras vezes foi mencionado que as informantes e seus maridos costumavam conversar com seus bebês, principalmente quando eles se mexiam. Uma das informantes sugere a hipótese de que talvez sua filha tenha nascido prematura de tanto que ela e o marido conversavam com o bebê antes mesmo dele nascer: diziam que estavam muito felizes e que queriam conhecê-lo logo. Não se está sugerindo que este comportamento se baseie nos mesmos fundamentos que o das mulheres das camadas médias – visão psicologizada – e sim que há uma atenção e uma interpretação feita pelas mulheres de grupos populares no que concerne a seus corpos e ao do feto, com base em um universo simbólico próprio.

Verifica-se também que, além dos movimentos fetais estimularem a comunicação da mãe, também podem indicar descontentamento ou prazer do bebê, ou mesmo são usados como explicação para certos acontecimentos. Por exemplo, Vanessa (30 anos, dois filhos) revela que, durante sua gravidez, enjoava ao comer frango, pois estava preparando esse alimento na primeira vez em que sua filha se mexeu.

Durante a gravidez, o corpo manifesta-se também quanto a certas comidas, no desejo e no enjôo, que variam de uma mulher para outra. O aspecto enfatizado é a

referência a alimentos aos quais as mulheres não apresentavam as mesmas reações em período de não-gravidez. Os alimentos que são mencionados como causando desejo não são exóticos ou incomuns ao cotidiano destas mulheres, citando-se, como exemplo: goiaba, pão com margarina e chá preto. Em geral, o que se ressalta é o aumento do consumo. Apenas uma informante diz ter comido cera e tijolo. Da mesma forma, os alimentos que causam enjôos fazem parte da alimentação ordinária, como carne, feijão, tomate, pimentão; em geral, alimentos a que as informantes se referem como fortes.

Junto a esta compreensão de que as experiências corporais são vivenciadas de forma particular pelas mulheres, acrescenta-se a noção de que o corpo feminino costuma abrir e fechar.

CORPO: 'ABRINDO OS OSSOS'

O corpo feminino, nos grupos populares, é caracterizado por movimentos de abertura e fechamento que são naturais, indicando, assim, seu bom funcionamento. Leal (1995) observa que períodos menstruais e fecundação são percebidos como momentos em que o corpo está aberto. É recorrente à representação de que ambos os fenômenos estão vinculados:

> *No jogo de significações dos humores do corpo que envolvem a menstruação e a concepção, a representação do corpo feminino como algo que se abre e se fecha é determinante sobre todas as outras e chave para compreendermos a lógica da reprodução. O corpo é sempre pensado como algo pleno de movimentos internos, uma dinâmica de fluidos determinantes do próprio estado de estar vivo... O corpo da mulher é portador de uma cavidade oca, o útero, espaço onde se desenvolverá o feto. O sangue menstrual é específico e indicador da condição de fertilidade feminina.* (Leal, 1995:27)

As mulheres aqui investigadas são unânimes em afirmar que a gravidez não atrapalha o desempenho das atividades cotidianas (cuidar da casa, dos filhos, do marido ou o trabalho remunerado). Algumas enfatizam que sentiam vontade de trabalhar mais durante a gravidez. A constante ressalva de que não há necessidade de romper com as atividades cotidianas pode ser compreendida a partir de três elementos: como já foi dito, a gravidez é assimilada como fenômeno saudável e a doença, em geral, é constatada pela ruptura com as atividades rotineiras, trabalho, sono; o trabalho é visto como ajuda para a preparação para o parto, pois vai 'abrindo os ossos'; a gravidez e o trabalho doméstico são percebidos como atividades próprias das mulheres, demarcando sua posição social circunscrita ao espaço doméstico.

O corpo grávido é visto como um corpo que se abrirá para permitir que o bebê nasça. A mãe de uma informante justifica que 'a mulher grávida só abre'; por isso, ficou apavorada quando viu que uma médica grávida faria o parto de sua filha. Em conseqüência desta situação, a filha teria tido vários problemas com os pontos do corte feitos em seu parto, que foram cicatrizar apenas quando a médica teve seu próprio filho. Verifica-se haver uma concepção mágica associada a esta explicação, que segue

o princípio simpático, ou seja, o semelhante age sobre o semelhante: a mulher grávida que 'só abre' não poderia fechar um corte feito por ela mesma, sob o risco de isso trazer problemas para o seu próprio parto.

O Sexo do Bebê

Junto às concepções próprias a este grupo acerca de seus corpos, mostram-se marcantes as elaborações mágicas que tentam explicar certos fenômenos. Deve-se ter em mente que as crenças falam das pessoas que as anunciam e não do mundo. A crença constitui-se de elementos simbólicos que produzem uma apreensão do mundo, isto é, lhe atribui significados.

Fundamentando-se nas crenças coletadas, torna-se possível constatar-se dois aspectos: as alterações emocionais e corporais são observadas e fornecem base empírica para as explicações elaboradas pelas mulheres e seu grupo de convívio; diferentes conhecimentos são utilizados e reinterpretados, por eles, para compreender os fenômenos corporais.

Aqui, apenas serão destacadas as informações sobre como saber o sexo do bebê. Cabe ressaltar que, mesmo a maioria das mulheres tendo feito acompanhamento pré-natal em um posto ou hospital, apenas duas fizeram ecografia por terem corrido risco de aborto espontâneo. Assim, eram utilizados outros métodos para a descoberta do sexo do bebê, tais como o da observação do formato do corpo ou do estado emocional da mãe. Por exemplo: se a mãe fica com o rosto inchado é menino; se fica com o rosto magro é menina. Se as dores são nas costas é menino, se são na barriga é menina. Ou ainda: se a mãe fica 'chata' é um menino; se ficar 'legal' é uma menina. Ou quando uma criança fica agressiva e inquieta em presença da mulher grávida, o bebê nascerá com o mesmo sexo da criança.

Parto e Pós-Parto

Nesta parte do trabalho, far-se-á o registro de alguns dados coletados com relação ao parto e ao pós-parto, esperando que futuramente venham a ser analisados, pois revelam interessante enfoque de estudo.

Os momentos anteriores ao parto são narrados como constante incômodo do qual não se consegue desfazer:

> *Tomei banho não era aquilo, deitei não era aquilo, fui no banheiro não era aquilo...* (Paula, 16 anos, um filho)

> *Eu não conseguia nem ficar deitada. Deitava e levantava para fazer xixi, deitava de novo e levantava para fazer xixi.* (Renata, 25 anos, cinco filhos)

Apenas duas informantes contaram não ter tido muitas dificuldade e dores para fazer o parto: uma havia feito duas cesarianas; a outra teve nove filhos e só teve pro-

blemas na primeira – 'porque não tinha experiência' – e na última, porque a criança estava sentada e a médica preferiu fazer 'parto pélvico' ao invés de cesariana.

A maioria dos partos relatados foi normal e ocorreu em hospital; apenas esta última informante fez três partos com parteira. As descrições de movimentos e dores incontroláveis são recorrentes e colocadas como manifestações da natureza que independem da vontade da mulher. Nos depoimentos, não se encontra consenso quanto às descrições das sensações corporais:

> *O segundo parto é melhor que o primeiro porque tem experiência e a mulher já tá mais aberta, tem lugar.* (Ana, 20 anos, dois filhos)

> *O pior parto foi este último (terceiro), senti muita dor. Nos primeiros, a dor era comprida e menos forte; na última foi menos comprida e mais forte... nessa última eu não berrava, eu urrava.* (Bianca, 35 anos, três filhos)

Ao narrarem seus partos, as mulheres comumente citam dois novos sujeitos: os médicos e os enfermeiros. De modo geral, na visão delas, eles não entendem que as dores e as forças são independentes delas. Várias mulheres contam que, ao sentirem que o bebê ia nascer, avisavam aos atendentes, que pediam que esperassem 'um pouquinho'. Em conseqüência disto, uma informante teve o filho sozinha, na maca, e a outra enquanto a suspendiam para colocá-la na cama de parto. Esta última mãe, que recebeu do médico a sugestão de colocar na criança o nome de Leandro para formar outra dupla caipira, referindo-se ao seu próprio nome, que é Leonardo, respondeu:

> *Que dupla? A dupla aqui fui eu e meu filho, porque eu já cheguei ganhando aqui.* (Ieda, 29 anos, quatro filhos)

Nenhuma das mulheres entrevistadas estava acompanhada do marido durante o parto. Os comentários feitos a este respeito confirmam o que já foi colocado por Knauth, isto é, que as mulheres se consideram mais fortes que os homens em relação à resistência à dor. A expectativa delas era de que, se vissem o parto, os homens desmaiariam. Ao ouvi-las, fica-se com a impressão de que a presença dos maridos não as auxiliaria de nenhuma forma.

Ao contrário do que Salem (1985) e Almeida (1987) encontram ao analisar casais de camadas médias da década de 80, que se propunham vivenciar conjuntamente a gravidez e o parto, neste universo pesquisado o marido parece não assumir papel muito ativo, ou melhor, não há alteração das atribuições que são consideradas como suas durante a gravidez e o parto.

O período de repouso de 48 horas após ter dado à luz, prescrito pelo hospital e lá cumprido, é tido como suficiente para que as mulheres retomem suas atividades, exceto nos casos em que tenha havido problemas durante o parto. Neste período, pessoas do sexo feminino integrantes da família, sua ou do marido, residentes em áreas próximas, tanto 'cuidam' seus filhos quanto até mesmo de seu marido, administrando a alimentação e a casa.

Algumas mulheres relatam dores no pós-parto; uma delas explica que são movimentos que ocorrem dentro da barriga porque "o corpo da mãe está procurando o

corpo do filho". No discurso sobre o parto e o pós-parto, verifica-se que as explicações recorrem mais a uma sujeição à natureza.

Marcas no Corpo

As marcas inscritas no corpo após as experiências da gravidez, do parto e aleitamento parecem deixar, no corpo das mulheres, o registro da função social considerada ideal neste universo simbólico. Junto a estes relatos, as mulheres costumam mostrar as marcas que ficaram em seus corpos. Como argumenta Fonseca (1995), é característica da cultura popular ser oral, mas acompanhada por ilustrações, por encenação teatral, enfim, há uma corporalidade das informações.

Sendo assim, sem maiores constrangimentos, as informantes abrem as calças, levantam as blusas para que a pesquisadora veja – não sem constrangimento – as inúmeras estrias na barriga e nos seios, a concentração de pigmentação que forma um traço entre o umbigo e os seios, o corte da cesariana ou o ventre avantajado, revelando as marcas permanentes que a experiência da maternidade deixou em seus corpos.

Em apenas um caso, a mulher diz estar 'traumatizada' em virtude da cicatriz que ficou da cesariana de emergência a que foi submetida.[3] As demais mulheres não faziam maiores comentários, apenas as mostravam.

Não se sugere que estas marcas sejam causadas pela falta de atenção com o corpo ou pela ausência de preocupação com o embelezamento do corpo da mulher, pois, além das cicatrizes, estas exibem ornamentos, como anéis, pulseiras, brincos, unhas pintadas, encontrando-se em suas casas também *shampoos* e cremes. As marcas parecem ficar como um registro do *status* de mulher adulta, alcançado através da maternidade e que não se tem a preocupação de prevenir.

Considerações Finais

Este estudo pretende ser apenas uma primeira versão da sistematização dos dados coletados no trabalho de campo e do diálogo com parte da literatura antropológica. Mediante a exposição dos elementos que estão envolvidos na gravidez e na maternidade, procurou-se ressaltar sua importância na construção social da identidade feminina em meio aos grupos populares, destacando-se a especificidade da lógica simbólica deste universo cultural.

Alguns trabalhos têm trazido contribuições fundamentais acerca das práticas e das representações sociais de corpo, de concepção, de gestação e de contracepção em grupos populares, tais como os de Duarte (1986), Leal (1995), Leal & Lewgoy (1995) e Victora (1991; 1992). A tentativa aqui realizada foi a de aprofundar a compreensão da vivência da gestação neste mesmo universo, procurando demonstrar de que maneira um acontecimento biológico como a gravidez é experienciado a partir de código cultural próprio, que compreende a posição da mulher como vinculada ao espaço do-

méstico e que toma a vivência da gravidez como um dos pontos altos da construção da identidade feminina.

Está clara, no discurso a respeito da gravidez das mulheres entrevistadas, uma tentativa de reforçar o desempenho ideal do papel feminino. Este não é descrito sob a forma de comportamentos frágeis; pelo contrário, as informantes reforçam constantemente suas grandes responsabilidades junto à família e expressam a imagem de mulheres valentes ao descreverem os incômodos durante a gravidez, as dores intensas do parto, as marcas corporais. Tudo, porém, minimizado pelo nascimento de um novo ser.

Sendo assim, constatamos que o corpo feminino neste universo, como coloca Motta, está fortemente vinculado à noção de um corpo que:

> *... produz, que fabrica através de processos incontroláveis e imprevisíveis. Um corpo comunicável e comunicante com o qual e através do qual a mulher dialoga, observa e interpreta sinais. Faz parte de um saber feminino conhecê-lo e interpretá-lo, mas talvez manobrar e barganhar com ele (distinguir um coágulo de uma gravidez) ou exercer algum poder sobre ele (como o de interromper uma gestação.* (Motta, 1992:30-31)

As explicações e as práticas da gravidez destas mulheres não podem ser plenamente compreendidas caso se tenha como parâmetro o saber médico-científico; ainda que em algumas de suas explicações utilizem expressões das quais, provavelmente, tenham tomado conhecimento a partir do contato com os médicos e enfermeiras nos postos de saúde ou hospitais, este saber é reinterpretado – em alguns casos, até contestado – com base em uma lógica simbólica própria à cultura popular em que estão inseridas as informantes.

Enfim, ao contrário das mulheres de camada média estudadas por Lo Bianco, que rejeitam ser lembradas apenas e tão somente pela gravidez, por não quererem ser reduzidas à dimensão de mãe, nos grupos populares tem ficado nítido que a experiência de ser mãe é a que garante o 'ser mulher' no sentido pleno da palavra. A especificidade do corpo feminino foi tomado como determinando sua posição, *status* e função social.

NOTAS

1 O material etnográfico foi coletado em dois momentos: pesquisa intensiva, iniciada em abril de 1994, com quatro mulheres que estavam tendo seus primeiros filhos entre 14 e 17 anos; em julho de 1995, foram feitos contatos com seis mulheres, moradoras da Vila Jardim, em Porto Alegre. Procurou-se conversar com pessoas que haviam tido filhos recentemente e também com mulheres que tinham longa experiência em gestações. O primeiro momento foi realizado em companhia de Elisiane Pasini.

2 Não se está tratando diferenciadamente se são ou não alianças formais.

3 Talvez ela tenha enfatizado o trauma por associar Antropologia à Psicologia.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M. I. *Maternidade: um destino inevitável.* Rio de Janeiro: Campus, 1987.

ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família.* Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

BADINTER, E. *Um Amor Conquistado.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BASTIDE, R. Técnicas de repouso e de relaxamento. In: QUEIROZ. *Roger Bastide.* São Paulo: Ática, 1983.

BOURDIEU, P. A dominação masculina. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales,* 84, set. 1990. (Tradução de Guacira Lopes Louro – Faculdade de Educação/ UFRGS)

DUARTE, L. F. D. *Da Vida Nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas).* Rio de Janeiro: Zahar/CNPq, 1986.

DUARTE, L. F. D. Pouca vergonha, muita vergonha: sexo e moralidade entre as classes trabalhadoras urbanas. In: LOPES, J. S. L. (Org.) *Cultura e Identidade Operária: aspectos da cultura da classe trabalhadora.* Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro/Marco Zero, 1987.

FONSECA, C. Aliados e rivais na família: conflito entre consangüíneos e afins em uma vila porto-alegrense. *Cadernos de Estudo do Curso de Pós-Graduação em Antropologia, Política e Sociologia,* 1, set. 1986.

FONSECA, C. Honra, humor e relações de gênero: um estudo de caso. In: COSTA, A. & BRUSCHINI, C. (Org.) *Uma Questão de Gênero.* São Paulo: Rosa dos Tempos, 1992.

FONSECA, C. A mulher valente: gêneros e narrativas. *Horizontes Antropológicos – Gênero,* (PPGAS/Universidade Federal do Rio Grande do Sul), 1995.

KNAUTH, D. *Os Caminhos da Cura: sistema de representações e práticas sociais sobre a doença em uma vila de classes populares,* 1991. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

LEAL, O. F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: LEAL, O. (Org.) *Corpo e Significados: ensaios de Antropologia Social.* Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.

LEAL, O. F. & LEWGOY, B. Pessoa, aborto e contracepção. In: LEAL, O. F. (Org.) Corpo e Significados: ensaios de Antropologia Social. Porto Alegre: UFRGS, 1995.

LEROI-GOURHAN, A. Os fundamentos corporais dos valores e dos ritmos. In: LEROI-GOURHAN, A. *O Gesto e a Palavra.* Lisboa: Edições 70, (s/d). v.2.

LO BIANCO, A. C. Concepções de família em atendimentos psicológicos fora do consultório: um estudo de caso. In: VELHO, G. & FIGUEIRA, S. (Orgs.) *Família, Psicologia e Sociedade.* Rio de Janeiro: Campus, 1981.

LO BIANCO, A. C. A psicologização do feto. In: FIGUEIRA, S. (Org.) *Cultura da Psicanálise.* São Paulo: Brasiliense, 1985.

MAUSS, M. Sociologia e Antropologia. São Paulo: EPU, 1974.

MEAD, M. *Sexo e Temperamento.* São Paulo: Perspectiva, 1979.

MOTTA, F. Bem mulherzinha. *Cadernos de Antropologia,* (3):17-32, 1992.

MOTTA, F. *Sonoro Silêncio: por uma história social do aborto*. Projeto de pesquisa, 1995. (Mimeo.)

PAIM, H. H. S. *A Primeira Gravidez e a Maternidade em Grupos Populares*. Trabalho apresentado para ingresso no mestrado de Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1994.

ROSALDO, M. (Org.) *A Mulher, a Cultura e a Sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

SALEM, T. A trajetória do 'casal grávido': de sua constituição à revisão de seu projeto. In: FIGUEIRA, S. (Org.) *Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

VICTORA, C. *Mulher, Sexualidade e Reprodução: representações do corpo em uma vila de classes populares em Porto Alegre*, 1991. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

VICTORA, C. Corpo e representações: as imagens do corpo e do aparelho reprodutor feminino. *Cadernos de Antropologia*, (6):33-54, 1992.

2

Cuidados do Corpo em Vila de Classe Popular

Jaqueline Ferreira

O presente trabalho faz parte de etnografia em andamento em uma vila na periferia de Porto Alegre. A Vila Santíssima Trindade, mais conhecida como Vila Dique, é uma das zonas mais pobres de Porto Alegre, contrastando com seus limites – o aeroporto e o elegante bairro Jardim Lindóia.

A população do local é extremamente necessitada e apresenta significativo índice de analfabetismo. A renda de grande parte dos moradores é constituída por cerca de um salário mínimo. Na Vila Dique, a maioria dos habitantes insere-se no mercado informal de trabalho; expressivo número é composto por catadores de papel, ou seja, gente classificada, pela população em geral, como da mais baixa hierarquia profissional. O espaço físico das ruas e dos pátios das casas é cercado por lixo. Objetos e restos encontrados em meio a este lixo são muitas vezes reaproveitados pelos moradores, fazendo parte do cotidiano de muitos a busca de recursos alternativos de sobrevivência.

A maioria dos residentes provém de colônia rural alemã do interior do estado (Iraí), havendo muitos parentes entre si, em virtude do que se constitui densa rede de sociabilidade (cf. Bott, 1957).

A Avenida Dique, de asfalto irregular, é o acesso à vila. Nas suas margens, há barracos cercados por lixo, onde crianças brincam em frente a casas cujas portas possuem tênue limite com o asfalto. Esta frágil divisão entre público e privado é ameaçada pelos automóveis que por ali passam em alta velocidade, gerando constantes acidentes por atropelamento.

Lateralmente à estrada, há vários becos e pátios que abrigam moradias do tipo malocas. Animais domésticos como cachorros, gatos e galinhas fazem parte do ambiente, impregnado com odores característicos em razão dos pontos de criação de porcos e do valão de esgoto que circunda a vila.

Deste cenário fazem parte, ainda, muitos bares, borracharias, uma creche comunitária, uma escola municipal, duas igrejas pentecostais e uma igreja católica. O "Galpão", cooperativa de mulheres que realizam a reciclagem do lixo, também é facilmente avistado por quem passa pela avenida principal, devido aos sacos e entulhos de lixo visíveis em frente ao prédio.

Encontra-se, no local, um posto de saúde comunitário do Grupo Hospitalar Conceição. Ingressei inicialmente neste ambiente como médica do referido posto, situação a partir da qual demos começo à pesquisa etnográfica.

Para os não 'nativos', a vila traz a lembrança de pobreza e sujeira. Uma reportagem de jornal descreve a vila de forma apocalíptica, ilustrando a forma como a visão lixo/valão/odor causa estranhamento:

> *Porcos e crianças descalças chafurdam em desfiladeiros de lixo. Mulheres, velhos, gatos e cavalos magros se aquecem ao sol. As colunas de fumaça provocadas pelos despojos queimados parecem restos de um bombardeio e a água negra desprende emanações nauseantes.* (*Jornal Zero Hora*, 1995)

Tal reportagem, ao associar pessoas a animais, causou indignação aos moradores que a ela tiveram acesso, como é o caso de Miriam, que disse, alguns dias mais tarde: "Que absurdo, algumas crianças tudo bem, né? Mas nem todas" (Miriam, 28 anos, crecheira).

Neste comentário está explícita a necessidade de Miriam se diferenciar de uma população que é ainda mais marginalizada. A própria questão da periferia envolve a idéia de segregação, marginal em seu espaço geográfico. A precariedade de saneamento e das demais comodidades urbanas, da mesma forma, acentuam a distinção com o centro urbano.

Os moradores que se encontram em ascensão econômica ou que convivem com pessoas pertencentes a outra classe social fazem esforços para diferenciar-se daquela parcela mais marginalizada e que não compartilha dos códigos dominantes. Uma das representações de tais esforços é a necessidade de aparentar limpeza na casa. Desta maneira, o 'cuidar da casa', parte do domínio da mulher, torna-se elemento de distinção entre as mesmas.[1]

Quanto à relação com o corpo, alguns moradores igualmente evidenciam a necessidade de distinguir-se de outros que apresentam o estereótipo da pobreza: corpos sujos, desnutridos, às vezes consumidos pelo álcool, com marcas de violência, pele marcada por dermatoses, unhas das mãos e pés enegrecidos, roupas rasgadas e, por vezes, sujas. No entanto, a precariedade de condições de saneamento na vila imprime, em quase todos os moradores, os signos da pobreza, visíveis em seus corpos de forma mais ou menos acentuada.

Todavia, esta relação de condições de vida *versus* corpo dada pela biomedicina não se faz de forma tão direta no grupo. Entre os informantes, nunca ouvimos tal menção. Antes sim, as referências quanto ao corpo, sua constituição e enfermidades, caracterizam-se pela necessidade de manipular o ambiente externo mediante a prática de certos cuidados e, algumas vezes, executando determinados rituais, nem sempre ligados diretamente às condições de higiene e moradia, por exemplo. O recurso à biomedicina só é acionado quando as percepções de corpo se traduzem em sensações físicas interpretadas como medicalizáveis. A seguir, exemplificamos alguns destes aspectos.

Noções e Cuidados com o Corpo

As práticas corporais são orientadas por lógica resultante da experiência social. Com fundamento nesta experiência, produz-se uma interpretação que adquire significado a partir de processos compartilhados no cotidiano (cf. Alves & Rabello, 1995).

Tomando essa posição como norteadora, podemos pensar alguns aspectos da Vila Dique no concernente aos cuidados do corpo. Quanto à higiene, a população apresenta práticas específicas. Algumas delas são transmitidas oralmente através das gerações. Neste sentido, avós não permitem que suas filhas ou noras dêem banho diário nos bebês, em razão de o contato do corpo quente com a água fria poder causar 'pontada' (pneumonia) nas crianças. Da mesma forma, muitas mulheres 'cuidam para não molhar os pés' a fim de não contrair infecção urinária.[2] O medo da exposição do corpo à umidade expressa a idéia de fragilidade da pele como invólucro corporal.[3]

Práticas de resguardo também são encontradas na Vila Dique. É o caso de Nara, de 21 anos, que havia realizado seu parto há 30 dias e desde então não lavara a cabeça em função de comentários de sua mãe e de sua sogra. Muitos são os relatos de mulheres que se tornaram 'loucas' após o parto, por lavarem a cabeça. Isso é explicado pela crença de que a inversão do fluxo sangüíneo, levando-o a 'subir' à cabeça, pode vir a causar tamanho desequilíbrio que culmina em loucura.[4]

EXTERIORIZAÇÃO DA DOENÇA: DOENÇAS DE PELE E CABELOS

É alta a incidência de escabiose (sarna) e pediculose (piolho) na Vila Dique. As condições ambientais e a contigüidade das habitações favorecem as aglomerações, apresentando-se como fatores predisponentes, motivo pelo qual há recorrência destas patologias. Assim, é freqüente a referência de que 'tratar não adianta' ou que 'o remédio não cura'. As reinfestações continuadas são interpretadas de diversas maneiras na Vila Dique. Laura, uma dona de casa de 60 anos, por exemplo, acredita que esta doença possua caráter intrinsecamente sazonal:

> *Há dois tipos de sarna: sarna galega e sarna preta. Sai no meio dos dedos, nas dobra do corpo. Passa, recolhe e aparece de novo no outro ano no tempo da brotação.* (Laura, 60 anos, dona de casa)

Eduardo, outro morador, possui um bar no local; tem, por sua vez, outra explicação para o que ele e outros moradores chamam de 'coça-coça':

> *Quando eu morava em Iraí, uma vez apareceu um clarão no céu, tipo um rojão. Depois de alguns dias começou a aparecer em uma porção de gente o 'coça-coça'. Eu mesmo cheguei a ficar com feridas grossas nas pernas de tanto coçar. Sabe como se curava? Pegava uma agulha, esquentava a ponta no fogo e estourava uma por uma* [as feridas]. *O que eu acho que foi, foi algum tipo de teste nuclear que os americanos vieram fazer aqui no Brasil e que depois deu isto nas pessoas.* (Eduardo, 42 anos, dono de bar)

Desse modo, a enfermidade é transposta como conseqüência de características ambientais não manipuláveis no cotidiano, o que leva a população a receber com bastante estranheza o comentário de que as condições de moradia e higiene podem estar propiciando a recorrência das dermatoses. Para exemplificar, há o caso de Helena que,

após várias infestações de escabiose no filho de três anos, alegou que não poderia ser tal doença porque o tratamento não surtia efeito:

> *Na minha casa não tem nada. Os cachorros não entram em casa e ele* [o filho] *não brinca com outras crianças. Deve ser alguma coisa no sangue.* (Helena, 27 anos, dona de casa)

Neste sentido, elementos de contato e recursos de cura tópicos não condizem com a experiência cotidiana dessa enfermidade.

Quando há procura para tratamento, as 'feridas' ou 'perebas' são relacionadas, na maioria das vezes, à 'alergia' a alguma alimentação ingerida, medicamento ou ao contato com determinada roupa ou com plantas. O caso de Helena, em que a doença é explicada como proveniente do 'interior' do corpo, mesmo quando 'exposta' na pele, é bastante comum. Estes moradores consideram que as feridas da pele e a coceira são oriundas de má qualidade sangüínea e muitos, com esta perspectiva, recorrem ao posto de saúde local solicitando exames ou injeções. Neste caso, é comum que expliquem tal fato como doenças atribuídas à 'sujeira no sangue' (cf. Ferreira, 1993).

Práticas de Prevenção em Saúde

As noções de prevenção e planejamento em saúde fornecidas pela Biomedicina baseiam-se em um referencial de saber que obedece a parâmetros biopsicoquímicos. No entanto, observa-se que, para esses grupos de baixa renda, as concepções de prevenção de doença obedecem a uma lógica de associações em que é necessário acionar recursos rituais e simpatias. Destas últimas, duas servem aqui para contrastar a atitude destes moradores com a lógica da biomedicina: a 'simpatia dos nomes' e a 'simpatia para evitar filhos'.

• Simpatia dos nomes – Salete explica uma forma segura de prevenir doenças: "Dizer 'nome' (palavrões) chama doença. Quando tu fala, tu tem que bater na madeira três vezes e dizer: Jesus, leve estas palavras embora". Exemplifica com uma conhecida sua chamada Dalva, que está com a filha doente, o que Salete atribui ao hábito de a mãe dizer 'nomes': "Tu vê agora com o que ela está lidando; para se ter saúde tem que se ter pensamentos bons".

• Simpatia para evitar filhos – Helena ensina: "Na hora do amor, tu tem o amor, né? Tu suspende o homem (faz um gesto de que interrompe o ato sexual), te levanta em seguida, toma três goles d'água e reza para Nossa Senhora: minha mãe só se cuidou com esta simpatia e graças a isto só teve seis filhos, porque do jeito como meu pai era, era para ter tido dez".

Assim, ao contrário de noções biomédicas, as atitudes preventivas baseiam-se na realização de certo número de passos rituais nem sempre envolvidos na medicalização.

O posto de saúde local oferece consulta ginecológica com o objetivo de fazer a prevenção de câncer de colo de útero e mama. Todavia, várias mulheres esquivam-se

de tal exame e, quando o fazem, é na perspectiva de resolver sintomas e não como prevenção. A idéia de prevenção, tal como a concebemos, não é compartilhada por este grupo; pelo contrário, o exame traz o receio de doença e\ou morte iminente, na medida em que pode constatar algo, conforme esclarece Letícia:

> *Uma prima minha depois que fez este exame, foi achado uma 'doença ruim', sabe, né? Não durou dois meses a coitada. Por isto que eu digo, eu vou fazer exame ? Nem pensar.* (Letícia, 34 anos, dona de casa)

Aliado a isto, há o fato de que o câncer é doença que gera medo de estigmatização, como bem observou Sontag (1984). A sua simples nomeação é sinal de perigo, de forma que sempre é preferível não citá-lo e referi-lo como a 'doença ruim'.

A idéia de que prevenção envolve temporalidade e morte está presente nestas noções. Assim, a perspectiva de doença a longo prazo está expressa na fala de Lídia: "Para que fazer exame se um dia eu vou morrer do mesmo jeito?".

Medicamento como Cuidado em Saúde

Os moradores da Vila Dique que se dirigem à consulta médica fazem-no, freqüentemente, com a mesma perspectiva de outros grupos de baixa renda quando procuram este recurso: a resolução de um sintoma. Muitos trabalhos questionam os motivos que levam algumas pessoas a consultarem o médico, ao passo que outras, com o mesmo tipo de sintomas, não o fazem. Alguns destes estudos indicam, como fazendo parte desta escolha, a distinção entre 'doença espiritual' *versus* 'doença material' ou ainda a concepção de 'doença grave' *versus* 'doença que pode ser tratada em casa' (Loyola, 1984; Montero, 1985; Knauth, 1991).

No entanto, na Vila Dique, o que se observa é um movimento contrário em que, após acionados os primeiros recursos caseiros, há curta espera para a procura do médico. Portanto, os motivos de consulta não se dividem entre curativo e preventivo, como querem os profissionais do posto; eles estão unicamente ligados aos sintomas. Confirmando outro estudo (cf. Ferreira, 1993), o principal motivo de procura ao médico é o sintoma dor, uma vez que a mesma significa experiência negativa. No momento em que ela 'desaparece', não há mais motivos para consultar, mesmo que exista enfermidade crônica a exigir controle médico freqüente.

Comparando-se com outros grupos populares, a procura precoce ao recurso médico se deve tanto aos aspectos socioeconômicos do grupo enfocado quanto aos aspectos de medicalização desta instituição de fácil acesso ao grupo. A expectativa em relação à consulta médica é necessariamente de aquisição de medicamentos. A idéia do remédio como instrumento de medicalização é referida por Luz (1988) como conseqüência da difusão de um referencial de saber da Medicina moderna racionalista que se contrapõe a uma visão hipocrática da clínica.

Para os grupos populares, os efeitos dos medicamentos dependem de muitos fatores, como mercadoria simbólica, uma vez que tornam concreta uma entidade abstrata

e vaga como a saúde (cf. Lèfevre, 1991). A fim de que se estabeleça a relação do medicamento com os cuidados do corpo, torna-se necessário que se especifique certas percepções a respeito das medicações para o contexto da cura que estes moradores possuem.

O medicamento é o ponto de intersecção entre o terapeuta e seu paciente em razão de proporcionar atitudes e expectativas quanto ao curso da doença em ambos os pólos. O doente passa a controlar o seu processo de cura à medida que decide quanto, quando e como tomar a sua medicação. Da mesma forma, seleciona os medicamentos prescritos mediante o auxílio de familiares, vizinhos e balconistas de farmácia.

No que concerne a sua forma de ação, os medicamentos passam por entendimentos diferentes que estão associados às interpretações sobre o corpo. É o caso dos anticoncepcionais orais, por exemplo. O processo de inibir a ovulação que este medicamento realiza é fantasiado de outras maneiras por este grupo, conforme se pode observar na fala de Laura:

> *Eu acho que os comprimidos ficam todos ao redor do útero e quando termina de tomar eles saem todos na menstruação.* (Laura, 21 anos, dona de casa)

Deste modo, para ela, a anticoncepção dá-se por barreira mecânica, como por meio de agente concreto e não químico.

Outro exemplo é o caso dos anti-hipertensivos que são considerados "bons remédios para os rins porque fazem a gente urinar" (Clara, 54 anos, dona de casa), uma vez que alguns deles têm efeitos diuréticos.

Igualmente, o medicamento pode determinar o estado orgânico em si, subtraindo o sintoma. Assim, por exemplo: Dor = Não-Dor; Insônia = Sono.

De maneira análoga, a forma da medicação obedece a uma lógica de eficácia de acordo com o potencial 'agressivo', rapidez de ação e dependência de manipulação técnica da medicação. É o caso da concepção a respeito de a injeção apresentar maior eficácia que seu similar em forma de comprimidos ou líquidos. Assim, pelo fato de a injeção obedecer às características acima indicadas, torna-se o medicamento de preferência para esta população, em contraposição às pomadas e xaropes caseiros. É nesse sentido que, nos casos de escabiose em que ocorre infecção bacteriana a exigir o uso de antibióticos, exista a compreensão de que só a injeção é capaz de curar.

A idéia de lavar os ferimentos segue uma lógica em que a água *versus* medicamento decresce em eficácia. No entanto, a substância medicamentosa freqüentemente assume importância pela cor. É o caso de o uso de mercúrio cromo ou violeta de genciana ser preferido em relação ao de soro ou água oxigenada. O medicamento permanganato de potássio, receitado pelo posto de saúde, igualmente é experienciado como mais eficaz por ser 'líquido roxo'. Sua potencialidade tanto pode ser relacionada à cor de forte intensidade, em que todas as conotações simbólicas do roxo e do vermelho podem ser incluídas, como pelo fato de sua 'periculosidade', na medida em que o mesmo deve ser dissolvido em grande quantidade de água sob pena de produzir queimaduras na pele.

A noção de que determinados medicamentos têm seu tempo adequado de ação ocorre no caso dos vermífugos. Desse ponto de vista, a eficácia desse medicamento depende das 'fases da lua'. É por esse motivo que Eliza só dá vermífugo aos filhos na lua minguante, pois, como afirma, na "lua minguante tudo diminui, daí até as 'bicha' diminui, se for na lua crescente elas aumentam e na lua cheia elas se agitam".

Para estes moradores, o manejo das medicações obedece a uma lógica particular, a qual não segue os referenciais da biomedicina. Por conseguinte, nem sempre o número de dias de tratamento é seguido, pois o que conta é a quantidade de frascos ingeridos. Desta forma, um tratamento é dado por completo quando foi tomado o 'vidro inteiro', independente do número de dias estabelecido pelo médico. A falta de relógio em muitas residências torna difícil estabelecer horários para a ingestão de medicações. Assim, receitas dos médicos do posto local estabelecem, muitas vezes, a quantidade de tomada de doses diárias ao invés do fracionamento do dia em períodos.

Estes são exemplos de atitudes em relação às práticas de cuidados corporais na Vila Dique. Na concepção de Good (1994), as representações são construídas de acordo com ampla rede de associações, tais como crenças religiosas e experiências familiares, por exemplo. É possível refletir acerca de cada grupo cultural como consumidor de diferente modelo e a biomedicina pode ser vista como uma entre tantas referências culturais para pensar o corpo e a saúde.

Os indivíduos vivem a realidade biológica enquanto trabalhada pela cultura. As representações de corpo, saúde e doença são uma realidade advinda da experiência dos indivíduos. O corpo surge então não apenas como objeto de representação, mas como fundamento de nossa subjetividade. As práticas de cuidados do corpo são orientadas por uma lógica que resulta da experiência social e, com base nesta, produzem-se interpretações que adquirem significado a partir de processos compartilhados no cotidiano. Em resumo, procuramos exemplificar, neste trabalho, de que modo os moradores da Vila Dique vivenciam práticas de cuidados com o corpo em que o conhecimento deste, para eles, não se encontra derivado de modelos abstratos eruditos, mas sim embebido na ação.

Notas

1 Na literatura brasileira, Cardoso (1978) e Caldeira (1984) contribuem com estudos a respeito da representação endêmica de pobreza.

2 Há outros trabalhos que apontam para a importância da categoria quente/frio em relação à friagem, dentre eles Duarte (1986) e Ferreira (1993).

3 Vigarello (1985) apresenta como esta noção era corrente no século XVI, na França.

4 Estes aspectos já foram observados em Ferreira (1993). Relacionados a eles, outros dados foram abordados em Ferreira & Berger (1996).

Referências Bibliográficas

ALVES, P. C. & RABELLO, M. C. Significação e Metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade. In: PITTA, A. (Org.) *Saúde e Comunicação*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.

BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BOTT, E. *Family and Social Network*. London: Tavistock, 1957.

CALDEIRA, T. *A Política dos Outros: o cotidiano da periferia e o que pensam do poder e dos poderosos*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CARDOSO, R. Sociedade e Poder: representações dos favelados de São Paulo. *Ensaios de Opinião*, Rio de Janeiro, 1978. v.6.

DUARTE, L. F. D. *Da Vida Nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas)*. Rio de Janeiro: Zahar/CNPq, 1986.

FERREIRA, J. *O Corpo Sígnico – Representações Sociais sobre Corpo, Sintomas e Sinais em uma vila de Classes Populares*, 1993. Dissertação de Mestrado: Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

FERREIRA, J. & BERGER, C. A mulher como alvo de intervenção: uma avaliação qualitativa de um Programa de Atenção à Saúde. *Revista Momentos e Perspectivas em Saúde* (Grupo Hospitalar Conceição), 1996.

GOOD, B. J. *Medicine, Rationality and Experience. An anthropological perspective. The narrative representation of illness*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

JORNAL ZERO HORA. *Vila Dique*. Porto Alegre, 17 mar. 1995.

KNAUTH, D. *Os Caminhos da Cura: sistema de representações e práticas sociais sobre a doença e a cura em uma vila de classes populares*, 1991. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

LEFÈVRE, F. *O Medicamento como Mercadoria Simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991.

LOYOLA, M. A. *Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984.

LUZ, M. *Natural, Racional, Social*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MONTERO, P. *Da Doença à Desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

SONTAG, S. *A Doença como Metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

VIGARELLO, G. *O Limpo e o Sujo. A Higiene do Corpo desde a Idade Média*. Lisboa: Editorial Fragmentos, 1985.

3

Reveses da Anticoncepção entre Mulheres Pobres

Maria Teresa Citeli / Cecilia de Mello e Souza / Ana Paula Portella

Historicamente, as questões ligadas à reprodução da espécie ou se têm configurado como questões femininas ou se convertido em questões médicas e demográficas voltadas para a população feminina. Embora digam respeito à sociedade como um todo, o fato de parte do processo reprodutivo ocorrer no corpo das mulheres – concepção, gravidez, gestação, parto e amamentação – tem servido de base para um conjunto de idéias e de práticas sociais que vê nas mulheres as depositárias e agentes da reprodução em praticamente todas as culturas conhecidas. Neste contexto, a presença masculina é restrita, e usualmente recai sobre as mulheres a maior parcela da responsabilidade sobre os processos e atividades ligadas à reprodução.

Nos últimos trinta anos, o desenvolvimento de novas tecnologias anticonceptivas criou possibilidades inéditas de escolhas reprodutivas e sexuais para as mulheres. Esta oferta 'revolucionária' alcançou as mulheres de modo diferenciado, de acordo com suas condições de vida; assim, a noção de opção e decisão reprodutiva é atravessada por diversos fatores e obstáculos, tais como o conhecimento e o acesso a métodos anticoncepcionais variados e seguros, as representações sociais do corpo, da reprodução e dos próprios métodos, as relações de gênero, renda, natureza do trabalho, entre outros. Por isso mesmo, o uso de métodos anticoncepcionais refletem desigualdades sociais e sexuais entre grupos sociais distintos da mesma sociedade, como também entre sociedades dos países do Norte e do Sul (Scavone et al., 1995).

Este texto[1] toma por base os dados de pesquisa feita em Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo, realizada como parte de pesquisa mais ampla, intitulada International Reproductive Rights Research Action Group (IRRRAG),[2] que envolveu sete países, entre os quais o Brasil.[3]

O projeto IRRRAG enfocou experiências e decisões reprodutivas de mulheres pobres, utilizando a noção de direitos reprodutivos, surgida nos Estados Unidos durante os anos 70, que ultimamente vem sendo utilizada inclusive em fóruns internacionais voltados para formulação de políticas.[4]

A noção de direitos reprodutivos adota, como pressuposto básico, o direito das mulheres – e também dos homens – de direcionarem de modo autodeterminado sua

vida sexual, sem atrelá-la de modo inexorável à possibilidade de procriação, incluindo as funções reprodutivas na esfera da cidadania, o que significa dotar o campo da reprodução de sentido ético e político, percebendo-o como lugar de exercício de direitos sociais. Esse princípio leva à defesa do direito ao acesso a métodos anticoncepcionais seguros e disponíveis para todas as mulheres e homens em serviços de saúde capazes de dar respostas às suas necessidades, sem coação ou controle. Como não existe o anticoncepcional infalível, a defesa do direito de ter filhos, quando, se e como se queira, leva à defesa do direito ao aborto, seguro, legal e acessível a todas as mulheres. Além da anticoncepção, os direitos reprodutivos incorporam o direito à assistência à gravidez, parto e puerpério, bem como de tratamento para a infertilidade (Petchesky, 1990:1-9).

A tensão entre o que temos chamado de reprodução biológica e reprodução social também está presente nas discussões a respeito de direitos reprodutivos no Brasil. Pensar acerca de direitos reprodutivos implica considerar, pelo menos, dois níveis: o campo da experiência reprodutiva propriamente dita – que envolve sexualidade, DSTs, concepção, anticoncepção, gravidez, aborto, parto, puerpério, amamentação – ao qual passaremos a referir-nos como 'reprodução biológica'; e o campo da reprodução social da vida humana – aqui enunciado como o cuidado e a educação das crianças, o trabalho doméstico e a atenção e cuidados com a saúde da família.

Estas questões serão tratadas, de início, com a descrição da pesquisa no Brasil, seguida de uma exposição dos fatores estruturais que favoreceram a transição demográfica brasileira ocorrida em contexto no qual emergiram novos padrões culturais concernentes ao tamanho da família e à anticoncepção. Segue-se uma interpretação dos dados, em que se considera, de um lado, a identidade de gênero, as representações sociais da maternidade, os novos valores relativos à anticoncepção e, de outro lado, o peso das condições socioeconômicas e a influência dos serviços de saúde na argumentação das mulheres em busca da anticoncepção. Terminaremos apontando alguns dos reveses encontrados no curso de vida reprodutiva das mulheres pesquisadas.

A Pesquisa IRRRAG no Brasil

A escolha do universo de pesquisa guiou-se pela decisão de realizar a investigação entre mulheres organizadas em movimentos de base e também pela preocupação de abranger mulheres militantes, representativas de diferentes grupos de trabalhadoras, em estados que apresentam contextos socioeconômicos diferenciados. Levou-se em conta, igualmente, o histórico de trabalho de cada uma das sete ONGs envolvidas, o que facilitaria a pesquisa com determinados grupos.

Assim, o SOS CORPO de Pernambuco, a partir de contatos anteriores com o próprio Movimento da Mulher Trabalhadora Rural (MMTR), pesquisou entre trabalhadores rurais – pequenos produtores e assalariados pobres do sertão nordestino (75 pessoas, sendo 18 homens), em duas microrregiões: Sertão Central e Sertão do São Francisco. A Cepia (Cidadania, Estudos, Pesquisa, Informação e Ação), no Rio de Janeiro, elegeu as trabalhadoras domésticas (54 mulheres) contatadas através de seu

sindicato, com quem já haviam desenvolvido trabalho anterior. Essa ocupação, que absorve a maior proporção de mão-de-obra feminina urbana no Brasil, é emblemática da pobreza e subordinação feminina no País. As ONGs paulistas, a partir de contato prévio de várias integrantes da equipe, optaram por pesquisar militantes (ao todo 53 pessoas, sendo três homens) do Movimento de Saúde da Zona Leste (MSZL) da cidade de São Paulo, de expressão nacional e cuja base é essencialmente feminina – donas de casa de baixa renda.

Em Pernambuco, atendendo à solicitação das próprias lideranças femininas, a pesquisa incluiu homens, tendo formado dois grupos masculinos. Em São Paulo, também foram entrevistados três homens.

Dessa forma, a pesquisa abarcou os três maiores e mais representativos grupos ocupacionais femininos do País – trabalhadoras rurais, trabalhadoras domésticas e donas de casa –, em amostras que foram sendo redesenhadas de acordo com as demandas metodológicas e os dados emergentes a cada etapa.

De acordo com as orientações comuns ao IRRRAG em todos os países, os instrumentos de pesquisa foram basicamente os mesmos nos três campos: questionário sociodemográfico (aplicado em 154 participantes); grupos focais; entrevistas em profundidade (no total de 43). Em todo o País, a pesquisa envolveu 182 pesquisados, 161 mulheres e 21 homens. O conteúdo do questionário foi definido consensualmente por toda a equipe brasileira, comportando 40 perguntas gerais relativas a dados sociodemográficos e à saúde e vida reprodutiva e questões específicas ligadas às realidades locais. Os grupos focais foram utilizados de forma diversa em cada estado. Pernambuco realizou, ao todo, 32 sessões. No Rio de Janeiro, o grupo foi realizado, durante um final de semana, sob forma de oficina acerca de sexualidade e saúde. Em São Paulo, a partir de dois grupos-piloto, foram feitas adaptações para as sete sessões realizadas posteriormente. As entrevistas foram efetuadas com militantes e não-militantes, com enfoque na gestação/procriação e anticoncepção.

Quatro questões estruturaram a pesquisa: o que as mulheres consideram ser de seu direito nas áreas de saúde e família; como as mulheres, ao longo de suas vidas, tomam decisões quanto à concepção, à anticoncepção, ao aborto, ao casamento, à maternidade e à sexualidade; quais são as formas de resistência e acomodação que as mulheres praticam e que pensam ser possível; e, finalmente, quais são as condições e os serviços que afetam as decisões das mulheres concernentes à vida reprodutiva e seus direitos, segundo a sua experiência e conhecimento.

O questionário aplicado revelou, entre outros dados, que as pernambucanas tinham idade média de 37 anos, das quais 25% contavam menos de 21 anos, 40% estavam entre 21 e 45 anos e 35% com mais de 45 anos. As cariocas pesquisadas tinham idade média de 44 anos, das quais 60% estavam entre 21 e 45 anos e 40%, acima de 45 anos. As paulistas apresentaram a mais alta idade média (49 anos); apenas 40% tinham menos de 45 anos enquanto 60%, acima desta idade.

Deve-se ressaltar que quase metade do total de pesquisadas apresentava idade superior a 45 anos, pertencendo, portanto, à geração de mulheres que nasceu na década de 40 e 50, tendo, assim, passado por seu curso de vida reprodutiva justamente nas

décadas de 60 e 70, quando se estabeleceram os novos padrões culturais relativos ao tamanho da prole e à ampla aceitação da anticoncepção.

A Transição Demográfica

Na década de 60 teve início o acentuado declínio da taxa de fecundidade que se generalizou por todos os segmentos sociais e por todo o País, apesar de diferenças regionais. A taxa de fecundidade total brasileira despencou de 6,3, em 1960, para 2,7, em 1991. O fenômeno tem sido qualificado como rápido, abrupto, intrigante, inesperado, imprevisto, não-antecipado, iníquo e perverso. E único. Uma das singularidades do caso brasileiro fica evidente quando se estabelece comparação deste com o processo que aconteceu em outros países em desenvolvimento no mesmo período. Recente estudo comparativo, efetuado por George Martine, demonstra que, no período entre 1960 e 1990,

> *... a redução da taxa de fecundidade brasileira foi apenas ligeiramente mais baixa que a ocorrida na China e Tailândia, e mais rápida do que a ocorrida em outros países que implementaram, durante várias décadas, agressivos programas de planejamento familiar, como Indonésia, Índia, Paquistão, Bangladesh e México.* (Martine, 1995)

A particularidade a ser destacada reside no fato de a queda da fecundidade ter ocorrido sem que o governo tivesse estabelecido qualquer meta demográfica ou logrado implantar, nos serviços públicos, programas efetivos de planejamento familiar que oferecessem atenção adequada às necessidades de anticoncepção entre a população.

O restrito impacto das políticas públicas voltadas para a anticoncepção, considerado, ao lado dos novos padrões culturais relativos ao número ideal de filhos, são básicos para entender os reveses enfrentados pelas mulheres pesquisadas. Elas lidaram com a reprodução em cenário caracterizado pela escassa participação masculina, pelo uso irregular de anticoncepcionais orais, desprovidas de assistência adequada, pelo recurso exagerado à esterilização e ao aborto clandestino, bem como por muito pouca disponibilidade de métodos anticoncepcionais nos serviços públicos. Do ponto de vista quantitativo, as alarmantes taxas de mortalidade materna verificadas até o presente, em todas as regiões do País, são uma das conseqüências incontestáveis da ineficácia das políticas de saúde voltadas para as questões reprodutivas em geral.

Em cenário marcado por uma das mais altas desigualdades de renda do mundo e por cultura política autoritária, as brasileiras pobres arcam pessoalmente com os custos da transição demográfica tanto em termos econômicos quanto emocionais e de saúde, conforme demonstram os dados de nossa pesquisa.

Como pôde acontecer uma transformação social tão rápida, profunda e irreversível à margem de políticas que efetivamente atendessem às necessidades dela decorrentes e que garantissem o acesso das mulheres e homens à anticoncepção? Muitos estudos têm contribuído para a melhor compreensão dos múltiplos fatores interligados que favoreceram esse fenômeno.

Para explicar o abrupto e, aparentemente, irreversível processo de declínio das taxas de fecundidade da mulher brasileira, um número substancial de pesquisas e estudos foi produzido por reconhecidos sociólogos, demógrafos e economistas, além de por órgãos governamentais nacionais e estrangeiros e por organizações não governamentais envolvidas com a questão.

Desde 1977, tais estudos vêm iluminando a compreensão desse processo a partir de diferentes perspectivas e abordagens, segundo as diversas áreas do conhecimento e as preferências teórico-metodológicas de seus autores. Com ênfase variável, apontam para múltiplos fatores – muitas vezes, simultâneos e conectados – incidentes sobre esse processo que estabeleceu novos padrões culturais relativos à reprodução, tais como: urbanização, industrialização, proletarização da mão-de-obra rural e urbana, pobreza, entrada massiva da mulher no mercado formal de trabalho, incremento dos anos de escolaridade de mulheres e homens, introdução (basicamente, no mercado) de novas tecnologias anticoncepcionais, mudanças institucionais no sistema de saúde e influência dos meios de comunicação.

Levando em conta boa parte desses estudos, Faria (1989) incorpora, em sua sugestiva análise, os resultados – não previstos ou visados – de políticas levadas a cabo pelo governo brasileiro no período pós-64, os quais, embora de cunho econômico e social, teriam tido forte impacto sobre o desejo feminino de reduzir o número de filhos, favorecendo o surgimento de nova mentalidade relativa à reprodução. O autor refere a política de crédito direto ao consumidor que, em contexto de renda concentrada e achatamento salarial, facilitou o acesso de importante contingente populacional à posse de bens de consumo duráveis, como televisão e outros eletrodomésticos.

Esta política, aliada à de dotar o País de infra-estrutura moderna de telecomunicação, contribuiu sensivelmente para que boa parte dos domicílios urbanos tivesse acesso à televisão, veículo que, ao mesmo tempo, induzia ao consumo e difundia novos valores relativos a comportamentos apropriados segundo o sexo, a posição na sociedade e na estrutura familiar. Temas como relações sexuais, tamanho e estrutura da família foram tratados de forma cada vez menos tradicional em programação que incluía novelas e programas atraentes e de grande audiência que, deliberadamente ou não, teriam incidido diretamente sobre o tamanho da família e a posição da mulher na sociedade, além de divulgarem e valorizarem os avanços técnico-científicos no âmbito da Medicina.

A divulgação de avanços e a valorização da cultura médica não impediram o fracasso de políticas sociais voltadas para o atendimento das novas necessidades de acesso a meios anticoncepcionais. Nenhum dos estudos, é bom lembrar, vincula o fenômeno em questão à implementação bem-sucedida de políticas sociais de atendimento às novas demandas. Pelo contrário,

> *... a falta de uma política pública de oferta de meios de regulação da fecundidade, explícita e passível de controle democrático, fez com que a demanda por esses meios tivesse que ser atendida fundamental, embora não exclusivamente, no mercado, (...) adquirindo um caráter profundamente discriminatório: as pressões para elevar a demanda por regulação incidiram sobre ricos e pobres, (...)*

mais sobre os últimos do que sobre os primeiros; [enquanto] *a oferta de meios de regulação, por seu turno, ficou na dependência de recursos disponíveis para pessoas e famílias obterem no mercado, desfavorecendo pois as camadas mais modestas da população.* (Faria, 1989)

Segundo Barroso (1987), "os anticoncepcionais estavam disponíveis – para aquelas que podiam pagar. Certamente, na ausência de apoio do governo, mulheres pobres enfrentaram tremendos sacrifícios para obter anticoncepção (...) usando soluções desesperadas para evitar crianças indesejadas". Berquó (1995) levanta questões éticas ao sublinhar a dívida social brasileira para com a saúde das mulheres, decorrente justamente da falta de políticas na área da saúde reprodutiva.

A mesma pesquisadora ressalta que, hoje, as mulheres brasileiras apresentam uma taxa de uso de anticoncepção próxima das taxas verificadas em países desenvolvidos; o que diferencia a condição da brasileira é sua estreita margem de escolha, concentrada na pílula e na esterilização, além do exagerado recurso ao aborto. Dadas as condições de clandestinidade em que este é praticado, sua incidência só pode ser inferida, em geral, a partir dos casos de complicações ou seqüelas atendidos pelos serviços de saúde. Em 1993, o atendimento a complicações por aborto provocado foi a sexta causa de internação paga pelo Sistema Único de Saúde em todo o País, chegando à cifra de 500 mil internações (Sorrentino, 1994).

Dados de 1992 disponíveis para um distrito de saúde da cidade de São Paulo mostram que, no hospital ali existente, as internações para tratamento de complicações por aborto incompleto corresponderam à metade das internações para parto (Prefeitura de São Paulo, 1992). Se, por um lado, as estimativas – na casa dos milhões – de mulheres que recorrem ao aborto remetem à discussão de sua descriminalização, por outro, reforçam a evidência da omissão dos serviços de saúde que, com raríssimas exceções, sequer oferecem atendimento aos casos previstos em lei – risco à vida da mulher e conseqüência de estupro. Também são notórias as denúncias de discriminações e violências praticadas por profissionais da saúde contra mulheres que recorrem aos serviços com casos de aborto incompleto.

O quadro geral do contexto em que se processou a transição demográfica no Brasil indica que inúmeros fatores interligados resultaram na produção de nova cultura que alterou profundamente os padrões que orientavam, sobretudo as mulheres, na tomada de decisão sobre o tamanho da prole, preferindo cada vez mais reduzir o número de filhos. Pelo que foi exposto, pode-se dizer que a redução das taxas de fecundidade no Brasil dos anos 60 e 70 dependeu mais de mudanças no âmbito da cultura que do impacto de políticas públicas; nisto reside tanto a iniqüidade do processo como grande parte dos infortúnios que afetaram mulheres pobres ao buscar meios anticonceptivos.

Reprodução, Saúde e Condições de Vida

Nossa pesquisa em Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo trouxe elementos que permitem confirmar exaustivamente a vigência de valores relativos a novo mode-

lo de família, os quais permitem às mulheres justificar e valorizar um reduzido número de filhos com a adoção de práticas anticonceptivas, não obstante seja necessário fazer distinções entre Pernambuco e os dois estados do Sudeste.

Nas práticas relativas à reprodução, a realidade no meio rural pouco se diferencia da urbana: também decresceu a taxa de fecundidade, elevou-se o número de esterilizações e disseminou-se o uso de contraceptivos, em especial os hormonais. O parto hospitalar substitui progressivamente o parto domiciliar e a medicalização alcançou o cotidiano das mulheres por meio dos agentes de saúde e das ações das secretarias municipais e estaduais de saúde. A experiência com a cultura médica, em geral, e a anticoncepção, em particular, acontece em quadro no qual a presença de alguns sinais da modernidade – contraceptivos e intervenções cirúrgicas – altera representações, modifica discursos e condutas, bem como justificativas.

No tradicional ideário rural nordestino, o casamento tem como objetivo central a procriação – de modo a constituir a família, que conforma a força de trabalho na pequena produção – tendo a mulher, como um dos seus principais papéis, o de servir sexualmente ao homem para que possam ter filhos. O uso da anticoncepção ou do planejamento do número dos filhos deveria estar, portanto, completamente fora de questão, fosse pela destinação do casamento à procriação fosse pela destinação da família à produção familiar.

Práticas tradicionais de cura vêm sendo paulatinamente substituídas pelos procedimentos médicos sem que, ao mesmo tempo, os serviços de saúde se aparelhem para assistir a toda a população de modo adequado. Cria-se um vácuo, onde o que era tradicional já não é recomendado, podendo até ser visto como ameaçador à saúde, e o que é novo e considerado correto ainda não está disponível para toda a população.

O reflexo mais evidente desta passagem está em novo discurso que se constrói, em que a idéia de corpo saudável prevalece, mas ainda convive com a idéia anterior de corpo puramente reprodutor e trabalhador. Parece estar criado o impasse: a reprodução prejudica a saúde das mulheres, a qual, por sua vez, prejudica-lhes o exercício da maternidade. Portanto, há que intervir sobre este ciclo, de modo a garantir a reprodução, a maternidade e o núcleo familiar, por intermédio da manutenção da integridade física das mulheres.

As ações de saúde trazem consigo resultados concretos, que se expressam nos indicadores sociais da região, mas acarretam algo muito mais 'perturbador' para a cultura local: o contato com novas prescrições e modelos para uma vida melhor. Assim, parece-nos que o que antes era vivido como algo 'natural', obra do destino ou desígnio divino – como parir continuadamente durante mais de vinte anos ou a mortalidade materna –, passa a ser visto como resultado de um conjunto de condições concretas que, exatamente por serem concretas, podem ser transformadas. A idéia de saúde – e aqui trata-se mesmo de saúde individual, a da mulher que reproduz a criança que nasce – torna-se central para o novo ideário que se constrói e é confortadora, em especial para as mulheres, já que pode retirar-lhes um fardo.

Não se deve esquecer que, objetivamente, a deterioração da saúde das mulheres liga-se, sim, à vivência reprodutiva, mas está também profundamente relacionada

às condições de trabalho, à dupla jornada, à falta de acesso a serviços básicos – e não apenas de saúde – e à desinformação. Neste sentido, a patologização da reprodução encobre estes outros aspectos da pobreza.

Embora, no que diz respeito às pernambucanas, um dos principais argumentos para a redução do número de filhos esteja centrado em razões de saúde, no Rio e em São Paulo as novas idéias parecem apoiar-se mais nas condições da vida urbana, nas dificuldades econômicas e no desejo de proporcionar vida melhor aos filhos do que nos argumentos de preservação da saúde.

O que todas têm em comum são as decisões referentes à anticoncepção e número de filhos – bem distintas daquelas feitas por suas mães. As mães delas tiveram muitos filhos. A limitação do número de filhos significa, para todas as mulheres pesquisadas, redução no número tido como ideal vinte anos atrás; no entanto, para as trabalhadoras rurais pernambucanas, este número foi e continua sendo maior que para as cariocas e paulistas da nossa amostra.

A maior parte das pesquisadas desconhecem as práticas utilizadas por suas mães para contornar a situação da gravidez indesejada, mas várias acreditam que a mãe não usava anticoncepção e sim provocava abortos. Além disso, o número de gestações era sempre maior que o número de filhos vivos. Hoje, as mulheres mais velhas desejam algo diferente para suas filhas. Compartilhando do mesmo modelo do número ideal de filhos (um ou dois, no Sudeste), elas incentivam o uso da anticoncepção, como podemos observar nos relatos de trabalhadoras domésticas diaristas e de donas de casa militantes do movimento de saúde em São Paulo:

> Selma – *Minha sogra achava que se deve ter só um só. Veio o segundo, tudo bem. No terceiro ela botou a mão na cabeça e disse: mulher, você vai se acabar.*
> Cecília – *E ela teve quantos?*
> Selma – *Ela, sete.* (Selma, 27 anos, acompanhante, Rio de Janeiro)
> Cecília – Em relação a ter filhos, o que que você aconselha a sua filha?
> Lenice – *A ter só um filho e acabou. Aí pode dar tudo. Dar tudo à vontade. Nesse mundo que a gente anda, não tem condição de ter mais filho não, pra que? Pra passar fome, não vai ter estudo.* (Lenice, 46 anos, faxineira, Rio de Janeiro)

> *Porque antes as nossas mães ... os antigos tinham um monte. Agora o controle está maior, eu acho que é* [por causa] *da escassez, tem que trabalhar fora e eu acho que tem que diminuir cada vez mais.* (Grupo3, São Paulo)

> *Minha mãe teve vinte e três. Daí morreu catorze, somos em nove filhos, os outros morriam lá. Aí viemos para São Paulo, todos nós éramos solteiros, casamos aqui. Só tem uma irmã minha que teve seis, as outras é tudo dois ou três filhos e eu acho que as minhas filhas deve ter menos ainda! Filho dá muita preocupação, deixa a gente arrasada.* (Ana, dona de casa, São Paulo)

Notamos valores referentes à família em transição, onde a tradição de muitos filhos é abandonada pelo modelo 'moderno' de família, justificado sempre pela 'vida muito difícil' que engloba o trabalho feminino fora de casa, a maternagem solitária e os baixos salários. Faz parte deste modelo, se bem que pouco verbalizado, um projeto de ascensão social. Parece-nos que, de alguma forma, a limitação do número de filhos

não é só valor cultural novo ou resposta às condições socioeconômicas difíceis, mas também estratégia de mobilidade social, de conseguir para si e para seu filho aquilo que seus pais não conseguiram. É a expressão de autodeterminação, iniciativa, agência.

Em Pernambuco, foram comuns as falas do tipo: "se eu soubesse teria tido menos filhos", "se eu soubesse tinha ligado antes". Fica-nos a impressão de que o número ideal de filhos seria aquele que desse conta da produção familiar, mas as condições concretas – em especial as que têm conseqüências diretas sobre a saúde da mulher – impedem que esse ideal seja realizado. No meio rural, não encontramos a vontade de reduzir o número de filhos como uma das expressões do desejo ou projeto de mobilidade social.

Importa enfatizar, no entanto, que, quase sempre, o número de filhos considerado ideal não equivale ao número real, para estas mulheres. Então, as domésticas na faixa de 20 a 35 anos conseguiram limitar em muito a sua prole, mas em geral têm um ou dois filhos a mais do que pretendiam. A decisão pelo controle da fecundidade ou pela interrupção da gravidez se faz com base na experiência reprodutiva concreta. Pode-se dizer que, nos três grupos pesquisados, o que as mulheres conseguiram fazer consistiu em um controle da natalidade determinado por diferentes circunstâncias, mas não um planejamento familiar.

Maternidade e Gênero

A identidade da mulher nas classes populares é construída através dos laços de família, *locus* que lhe dá sentido e significado (Duarte, 1986). A maternidade é tida como seu destino, seu lugar e função na sociedade e a reprodução parece estar circunscrita em um limbo, marcado pela naturalização.

Nossos dados mostram a importância de diferenciar e articular a reprodução biológica da social, uma vez que a maior parte das entrevistadas no Rio e em Pernambuco relatam experiências, enquanto crianças e adultas, em que estes dois aspectos são alcançados por mulheres distintas e de modo independente da realização concreta da reprodução biológica.

As domésticas do Rio de Janeiro – grupo constituído predominantemente por migrantes rurais do Nordeste – apresentam narrativas de suas infâncias e adolescências muito parecidas com os das militantes pernambucanas. Suas famílias, numerosas e pobres, recorrem a estratégias diversas na criação dos filhos, visando a subsistência do grupo familiar. Uma das práticas mais comuns é a circulação de crianças,[5] pela qual um ou mais filhos são criados temporariamente ou permanentemente por parentes, vizinhos ou amigos. Outra estratégia recorrente é a de delegar as funções de reprodução social à(s) filha(s) mais velha(s). Ambas centram-se nas meninas. Mediante estas estratégias, a menina é socializada para executar as tarefas de reprodução social, desvinculada da reprodução biológica ou na sua casa, com seus irmãos, ou na dos outros. É comum, para muitas, abrir mão ou adiar a reprodução biológica em função das responsabilidades domésticas que assumem pela mãe (biológica ou de criação) ou pela patroa.

É o caso das domésticas militantes do Sindicato que, em sua maioria, passaram do trabalho doméstico não remunerado, na infância, para o remunerado 'em casa de família', comumente no regime de 'mensalista residente'. O casamento e a maternidade interferem no desempenho e na disponibilidade da doméstica. Ao mesmo tempo, a natureza e as condições de seu trabalho – jornada de trabalho não delimitada, isolamento, pouco contato social com pessoas de sua classe, dificuldade de formar família, baixos rendimentos – dificultam suas possibilidades de vir a conhecer potenciais parceiros, casar e ter família própria. Dadas tais condições, estas mulheres abriram mão de ter maridos e filhos e mesmo, às vezes, de ter vida sexualmente ativa.

Sua condição de gênero lhes atribui as tarefas domésticas e a função reprodutiva, mas sua condição de classe e cor impõem-lhes tal trabalho como meio de subsistência, executado para outra mulher, fazendo equivaler reprodução e produção e, em boa parte dos casos, restringindo suas opções reprodutivas próprias, em particular no caso das empregadas residentes no emprego. Como nos disse Honória, uma informante:

> *A empregada doméstica ela é proibida de tê filhos, porque pra você tê um filho, pra você criar na casa da madame é uma barra. Você tem que ter seu canto, assumi, educá, como você foi criada.*

As condições de isolamento no trabalho, principalmente para as mensalistas, é exacerbada pela moral católica das militantes, pela 'vergonha' e recato no que diz respeito às questões sexuais e o envolvimento com os homens. Isto é expresso no discurso das domésticas como dificuldade de encontrar homem 'decente' para namorar e na preocupação delas em não passar por 'mulher fácil'. A socialização sexual dessas mulheres, que comumente se deu antes de sua migração – portanto, no meio rural – é caracterizada pelo silêncio em torno de questões do corpo e de sexo e pelo encobrimento de toda a forma do corpo. Acredita-se que, por não se referir ao corpo e ao desejo, a virgindade (no amplo sentido do termo) é preservada e a sexualidade adormecida. Só após o casamento e a experiência sexual socialmente legitimada é que a mulher deve despertar para as questões do corpo. Os impedimentos morais e de trabalho acabam por levá-las a abrir mão de relacionamentos amorosos e sexuais.

Já para as domésticas diaristas, não sindicalizadas, a adoção da anticoncepção é justificada pela vida difícil, pelo trabalho fora do lar e pelo desejo de proporcionar aos filhos condições de vida que favoreçam sua ascensão social. O direito de decidir pela limitação do tamanho da prole e, em conseqüência, pela anticoncepção é explícito e decorre da noção mais geral de direitos de cidadania, a qual constroem a partir de seu ingresso na força de trabalho e a conseqüente autonomia econômica, a mobilidade no espaço público, um maior acesso à informação e a intensificação dos contatos sociais. Essas mulheres decidem e praticam sozinhas a anticoncepção e, quando há oposição do parceiro, este é convencido pela argumentação de que a escolha da mulher é a mais razoável.

Enquanto o discurso das domésticas indica o peso do trabalho doméstico remunerado e do cansaço gerado pelas tarefas de reprodução social, realçado pelas exigências da patroa, o das sindicalistas rurais de Pernambuco aponta para o peso tanto da reprodução social quanto da biológica. Mulheres de ambos os grupos relatam histórias

de vida triste, sofrida e penosa, em que a trajetória de dor e esforço não compensado é a justificativa do direito que têm de tentar transformar a própria vida. No momento presente, essas mulheres não se vêem como vítimas. Pelo contrário, sentem-se vencedoras: descobriram uma verdade que lhes permite 'tomar a própria vida nas mãos'. Mas utilizam recorrentemente este passado opressivo, narrado nos mínimos detalhes, para justificar a opção que realizaram: participar do movimento, ir para o sindicato, exigir divisão das tarefas domésticas com a família, esterilizar-se.

O trabalho reprodutivo é calcado na concepção de maternidade que, na área rural, é algo amplo, de difícil definição; não se trata apenas de ser mãe, mas de estar permanentemente disponível para a reprodução em todas as suas etapas e desdobramentos. Dificilmente as mulheres se reportam ao exercício da maternidade no mesmo sentido que se tornou comum encontrar nas áreas urbanas e nos meios de comunicação: relação com os filhos, ofício de educar, cuidados maternos etc. Muitas vezes deixam a impressão de que ser mãe é ter relações sexuais, engravidar, parir e amamentar. Uma vez os filhos crescidos, fazem-lhes referências apenas nos casos de doença e naquelas situações em que estes transgridem certas normas comunitárias – meninas que engravidam, rapazes que cometem crimes de morte etc. Circunscrever em que consiste esta maternidade foi, para nós, tarefa bastante difícil.

Trata-se de uma cultura na qual não parece haver a idealização da figura da mãe, a despeito do forte papel reprodutivo das mulheres. A mãe é, sobretudo, a dona da casa que garante, com o seu trabalho, o bem-estar dos filhos.

O que parece, de fato, acarretar custos para a vida das mulheres é a própria vivência reprodutiva. A reprodução é vivida e pensada como algo custoso e mesmo como algo que se contrapõe a sua própria vida: dar a vida a outras pessoas é muitas vezes percebido como se isto lhes tirasse a própria vida. Dar a vida a outros, para elas, é morrer um pouco.

A ênfase nas falas se refere tanto à reprodução biológica – gravidez, parto e amamentação – quanto à reprodução social – cuidados com as crianças. Assim, a gravidez, o parto e amamentação acarretam sofrimento físico imediato, vivido sob a forma de doença e de modo bastante solitário, sem contar mesmo com apoios exteriores, como os serviços de saúde. Os relatos são de dores, incapacitação física e mental para o cumprimento dos compromissos do casamento e, por fim, de alterações definitivas no funcionamento corporal, as quais levam à mutilação, por meio da esterilização e, principalmente, da histerectomia.

> *Eu tive a primeira filha, com onze meses nasceu um menino. Aí eu não agüentei mais e comecei a usar. (...) eu tomei porque eu tinha outros problemas, aí ajudava. Eu tive muita hemorragia. Eu perdi sangue durante 16 anos. Eu fazia tratamento e melhorava, aí pegava uma gravidez. (...) Eu tive sete* [filhos]. *Eu fiz três eletro, três canais de útero, fiz uma amputação de colo...(...) E fiz uma curetagem porque eu tive um aborto. Aí depois, com 38 anos eu fiz uma histerectomia total. Aí pronto, não sinto mais nada, não.* (Grupo de mulheres, Sertão Central, mais de 45 anos)

> *Eu fiz ligação com medo porque o médico disse que eu não podia engravidar, não podia ter filho. (...) Ele falou que quem era que nem eu, pra ter filho, disse*

> *que era como uma vela, quando o vento dava, fuuuu!!, e arremedou a vela se apagando. Mas ele não explicou o porquê, só disse que eu não podia ter filho.*
> (Grupo de mulheres, Sertão Central, mais de 45 anos)

A intervenção médica sobre o corpo feminino é vivida como situação-limite provocada pela reprodução continuada, alterando-lhe não apenas o corpo, mas toda a sua vida, do ponto de vista concreto e simbólico. Se, por um lado, isso soluciona para as mulheres ao menos duas questões – param de reproduzir e recuperam a saúde –, por outro, se dá às custas de profunda alteração na subjetividade e quanto a seu lugar no interior da família e da comunidade,[6] percebida como melhoria em suas vidas.[7] Assim, não mais reproduzindo biologicamente, a mulher dedica maior atenção à produção e, na maioria das vezes, transfere as tarefas domésticas para filhas mais velhas, ausentando-se um pouco também desse lugar. A família parece passar por um rearranjo, em que a adolescente é quem passa a ter maior responsabilidade e entra no ciclo da subordinação familiar, ocupando o lugar da mãe. As jovens da nossa pesquisa sentem-se profundamente injustiçadas com esta situação e vêem, como solução para suas vidas, tornar-se a dona de sua própria casa mediante o casamento.

Do ponto de vista subjetivo, a discussão mais recorrente localiza-se nas articulações entre as intervenções médicas e a sexualidade. O útero é compreendido como o lugar de prazer da mulher, motivo pelo qual pensa-se que a histerectomia retiraria das mulheres a possibilidade de prazer sexual. Por outro lado, este 'dentro-do-corpo', cuja porta é a vagina, constitui também lugar misterioso, a respeito do qual não se conhece quase nada e onde quase tudo pode perder-se. Pensamos que, por isso, também a esterilização é pensada como intervenção sobre o útero que, em conseqüência, também altera o prazer sexual feminino.

Evidentemente é preciso complexificar um pouco esta relação. As mulheres dizem que ficaram frias e, portanto, menos mulheres, mas não aparentam se lamentar muito por isso. Às vezes, transmitem a impressão de que a histerectomia e a esterilização livravam-nas de dois fardos. Concretamente, essas intervenções (1) impossibilitam a vivência reprodutiva, e aqui achamos importante enfatizar que não se trata apenas de ter filhos, mas sim, de não engravidar, não ter mais abortos espontâneos, não ter que provocar abortos, não adoecer durante a gravidez, não parir, não ver os filhos morrerem ao nascer, não viver o puerpério e a amamentação. Trata-se de um conjunto de situações cujo teor de sofrimento e dor é bastante acentuado e que são extintas de modo imediato e definitivo pela intervenção médica. Do ponto de vista simbólico, (2) através da idéia de que estas intervenções levam à frigidez, autorizam a mulher a recusar as relações sexuais com o marido, o que, claramente, resulta na efetiva redução da freqüência das relações sexuais no casamento. Se lembrarmos que, para as mulheres, a vivência sexual no casamento é comumente permeada pela violência e realizada como obrigação, podemos entender que estar 'frígida' permite-lhes não ter que viver mais situações deste tipo.

É com base na idéia-chave da manutenção da saúde da mulher que as decisões reprodutivas são justificadas, indicando dificuldade de se tomar decisões no âmbito do

casal por meio de outros argumentos. Ao olharem para si mesmas, para o corpo cansado e doente, as mulheres encontram a força justificadora para, sobretudo, decidir pela esterilização. Fica-nos a impressão de que, para além do contato com os agentes de saúde, os serviços de saúde são utilizados nas situações-limite: na hora do parto, na esterilização e na histerectomia, ou em casos de doenças graves.[8]

Os profissionais da saúde, neste caso, funcionam como 'aliados' das mulheres, pois convencem os maridos e a família de que a mulher não pode reproduzir. Isso ocorre porque há muita resistência por parte dos homens a que suas mulheres parem de ter filhos. Não ter mais filhos indica uma alteração radical naquilo para que o casamento foi destinado; esta instituição – e parece-nos que também o sexo – perderia o sentido; todavia, na pequena produção rural é por demais dramática qualquer mudança de significado no casamento e na família. Os homens resistem à idéia de limitação no número de filhos até a situação tornar-se insustentável, quando a mulher adoece, precisa recorrer ao médico e é ele, então, que indica o fim da vida reprodutiva dela com argumentos irrefutáveis e, muitas vezes, ameaçadores. No plano das condutas pessoais, 'utilizam-se' das recomendações médicas para resolver situações de conflito.

Se, por um lado, a fraqueza e o sofrimento físico, aliados à legitimidade de um poderoso sistema médico, são responsáveis por grandes transformações em comportamento sexuais e reprodutivos, por outro, não podemos deixar de assinalar que nos três grupos pesquisados, a militância e o trabalho remunerado constituem fontes de questionamentos, reflexões e novas visões de mundo. Nesta visão, o sentido de justiça e de direitos é incorporado ao discurso para justificar suas decisões reprodutivas.

Em Pernambuco, o contato com as matrizes discursivas da teologia da libertação e do marxismo, presentes no sindicalismo e no movimento de mulheres, leva a nova concepção do mundo, em que as relações sociais são desnaturalizadas e historicizadas. A idéia de sujeito torna-se central nessa nova concepção e é também incorporada aos temas do movimento de mulheres: situações da vida privada são tratadas sob a ótica da reprodução e isto se reflete na relativização da idéia de que a maternidade é o destino para as mulheres e o objetivo do casamento. Permite, ainda, uma análise das condições concretas em que essa maternidade é vivida. É neste cruzamento que se forja a idéia de que o número de filhos pode ser reduzido e as condições de assistência à saúde devem ser melhoradas, idéias justificadoras das atitudes das mulheres em direção à anticoncepção e à esterilização.

Anticoncepção, Desconhecimento e Pobreza

A anticoncepção é amplamente aceita e mesmo desejada pelos três grupos pesquisados. As raras condenações a ela ou à limitação no número de filhos ocorreram em Pernambuco, estando sempre ligadas a argumentos religiosos, os quais, no entanto, não atuam como impeditivos para tal prática. Há sempre balanceamento entre as

motivações justas para a anticoncepção e a restrição religiosa, com o peso tendendo para as primeiras, levando as mulheres a uma relação muito particular com a religião.

Os argumentos para o uso de método anticonceptivo concentram-se, de forma geral, no fardo reprodutivo. O peso da reprodução é significativamente acentuado em Pernambuco e articulado em torno do tema da saúde da mulher, mas a existência de discurso favorável ao uso e os seus resultados práticos terminam por alterar de modo bastante acentuado as relações de gênero na área rural e, conseqüentemente, com o lugar da mulher na sociedade e na família. A resistência masculina à anticoncepção é emblemática do potencial da mudança que vem embutida na prevenção à gravidez. Os homens proíbem as mulheres de usar contraceptivos e muitas vezes sua reação é de brutal violência. Nestas situações, as mulheres decidem e utilizam, por conta própria, métodos diversificados em diferentes momentos de sua vida.

Em Pernambuco, onde a pesquisa incluiu homens, constatamos o reconhecimento masculino sobre o direito que as mulheres têm de tomar certas decisões sozinhas, baseadas em suas próprias razões. Este direito é circunscrito a situações em que ela decide utilizar os métodos 'nativos' e não se aplica, em absoluto, aos métodos tradicionais e modernos.[9] A partir de então, os homens acham que têm que participar de tal decisão, que devem ser consultados e que sua palavra tem que valer. De acordo com a fala masculina, os métodos 'nativos' parecem incidir mais sobre o mau funcionamento dos processos reprodutivos do que propriamente no que concerne à fertilidade ou à concepção, justificando-se seu uso. Os outros métodos, ao contrário, são claramente contraceptivos e não apresentam nenhum componente de regulação da saúde da mulher; só podem ser aceitos, portanto, se forem recomendados pelos médicos, os quais, em geral, o fazem em nome da saúde.

A pílula anticoncepcional é o método mais procurado por todas as mulheres e o primeiro a ser experimentado. Sua difusão é tão acentuada que é comum elas se referirem a ele como 'o anticoncepcional', refletindo tanto a legitimidade médica que recebe como também o desconhecimento ou a falta de confiança em outros métodos. Muitas tentativas para fazer a anticoncepção correta se traduzem em trocar de marca de pílula e não de método. Algumas mulheres só foram recorrer à anticoncepção após experimentar o fardo da reprodução social, momento que surgiu mais cedo para as mais jovens – após o primeiro filho – e mais tarde para as mais velhas – após o quinto filho.

Outros métodos são raramente utilizados. O dispositivo intra-uterino (DIU) é rejeitado com base em experiências negativas, medo dos riscos ou desconhecimento de sua existência. A tabela e o coito interrompido foram usados por várias mulheres – principalmente para 'descansar' da pílula, mas, de forma geral, acredita-se que são métodos falhos. Existe grande preconceito contra a camisinha tanto a partir da rejeição do parceiro quanto da própria mulher. Os demais métodos são praticamente desconhecidos.

Após ultrapassarem o número de filhos desejados, cansadas de tomarem a pílula e dispostas a prevenir gravidez indesejada a qualquer custo, muitas se esterilizam. As reações a esta prática são as mais variadas: desde queixas de que anula o desejo sexual da mulher ao total desconhecimento acerca desta intervenção. Mesmo não sen-

do percebida como solução milagrosa em razão destas conseqüências, a esterilização é bem-vinda como solução definitiva para o risco que desejam evitar.

Uma das líderes mais expressivas do Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo, perguntada sobre a principal razão de ser avidamente procurada pelas mulheres do movimento que buscam a esterilização, responde: "Elas sempre dizem: 'você que anda metida aí com esses médicos, qual é o que faz a operação? Não tem um que faça de graça?' Isso é uma amolação no meu portão... Elas só pensam em fazer a operação".

Dadas as limitações de toda ordem, tais como: efeitos indesejados da pílula, pouca confiabilidade nos parceiros para métodos que requerem sua participação, baixa oferta de anticoncepcionais nos serviços públicos e desconhecimento de outras alternativas, a esterilização é considerada como a melhor solução para o controle da fecundidade. O exagerado recurso a ela reflete a generalizada falta de métodos anticoncepcionais acessíveis e seguros, implicando pesados custos econômicos e psíquicos, salientadas entre as paulistas: a concentração de casos de arrependimento em amostra tão pequena sugere a precariedade das condições em que a opção foi feita.

> *Porque aí a primeira coisa que a gente tinha naquela época só era operar, a única alternativa era operar (...) aí realmente eu não poderia continuar tomando comprimido e na minha cabeça eu não via uma outra coisa para evitar, sabe, nem sabia que existiu DIU. E fui ganhar nenê e operei com 28 anos.* (Grupo1)

Apesar do alto custo material e de saúde, a esterilização é freqüentemente percebida como alívio e liberação. No Brasil, ela é semiclandestina; permitida por lei apenas em determinados casos, a critério dos médicos, estes, mesmo em pleno desempenho do serviço público e gratuito, cobram das pacientes, 'à parte', a intervenção – sem justificativa legal –, induzindo ao parto cesáreo para camuflá-la.[10] As estratégias para cobrir os custos da cirurgia variam desde o recurso de obter dinheiro emprestado de amigos, vizinhos e patrões até, no caso de algumas, ao extremo de lançar mão de herança. A decisão, na maioria destas situações, decorre da insatisfação com os inúmeros métodos anticoncepcionais ora utilizados ou buscados e, sobretudo, dos desagradáveis efeitos colaterais percebidos ao se utilizar a pílula.

Se as mulheres no Rio de Janeiro e em São Paulo se queixam dos efeitos colaterais da pílula anticoncepcional, em Pernambuco o corpo reprodutor carrega um peso que o coloca à beira da morte. Esta pode ser uma razão para que a esterilização seja tão bem aceita na região. Ela parece encerrar definitivamente a trajetória de doenças do trato reprodutivo, ou porque estas doenças estão ligadas à gestação, parto e puerpério ou porque, quando as mulheres não se esterilizam, fazem a histerectomia, uma outra intervenção cirúrgica também 'vista com bons olhos'.

Não encontramos, nos estados do Rio e Pernambuco, casos de arrependimento após a esterilização, nem tampouco atitudes de desencorajamento para as mulheres que planejam esterilizar-se. Entre os homens pernambucanos, havia certa desconfiança com relação à massificação deste procedimento pelos serviços de saúde e, entre as mulheres, muitas críticas ligadas à dificuldade de acesso à intervenção cirúrgica e ao

fato de só a realizarem quando suas condições de saúde já estavam profundamente abaladas. A esterilização é problematizada apenas enquanto processo de obtenção.

Em São Paulo, encontramos insatisfação e arrependimento, fazendo com que para tais mulheres a esterilização configurasse uma aposta arriscada, evidenciando a vulnerabilidade feminina no tocante à anticoncepção. De fato, no estado de São Paulo, os serviços de tratamento de infertilidade têm recebido número crescente de mulheres de diversos segmentos sociais em busca de reversão da esterilização. Isto parece demonstrar as ambigüidades que as mulheres enfrentam ao lidar com a própria fecundidade e, em especial, com esta prática cirúrgica.

Registramos, durante a pesquisa, relatos indiretos de experiências traumáticas ocorridas com irmãs e amigas das participantes da pesquisa. Estes depoimentos envolviam, basicamente, um caso de morte após cesariana realizada com o objetivo de esterilização e vários outros de arrependimento por morte de filho e danos à saúde. Entre as próprias pesquisadas encontramos um caso crítico de morte do filho dias após a ligadura de trompas. Neste relato se confundem arrependimento e culpa:

> *Porque a primeira coisa que a gente naquela época era só se operar ... como eu caí nessa burrice? ... eu realmente não poderia continuar tomando comprimido, e na minha cabeça não via outra coisa para evitar, não conhecia, DIU eu nem sabia que existia. Fui ganhar nenê e operei com 28 anos. Fiz a laqueadura! Quando foi com um mês e vinte oito dias meu garoto faleceu. Foi um acidente, eu perdi. Aí eu pirei. A minha cabeça virou uma loucura, porque eu não admitia que tinha ficado sem meu filho, que era o único que eu tinha e não poderia ter outro. Isso me deixou doida.* (Grupo1)

Na avaliação da esterilização, é recorrente o seu impacto sobre o desejo sexual, o que é visto como positivo por umas e como negativo, por outras:

> *Eu gelei sabe, depois disso eu era uma mulher que não se realizava no sexo. Achei ótimo ter feito a laqueadura...porque parece que me libertei sexualmente porque* [estava livre] *do risco da gravidez e me sentia super feliz com aquilo. O único problema que eu tinha era que eu morria de medo ... que meu filho morresse.* (Grupo1)

Esta última pesquisada nos relatou que, anos depois, se arrependeu por outro motivo:

> *Quando eu comecei a participar dos grupos* [do movimento de saúde] *comecei a ver que era diferente, eu caí na realidade e comecei a ver que tinha outros tipos de evitar filhos, comecei a perceber que a responsabilidade não era só minha de evitar, comecei a ver coisas que eu antes não enxergava e teve uma época que eu comecei a entrar em parafuso: mas porque eu fui me mutilar, porque eu mutilei meu corpo ... eu não precisava ter feito isto!* (Grupo1)

Apesar de todos estes depoimentos estarem longe de permitir que se estabeleça qualquer padronização, demonstram o peso da desinformação, da falta de acesso a métodos e, sobretudo, o sofrimento e as ambigüidades femininas relativas à anticoncepção.

Além disso, a manifestação de arrependimento e insatisfação relacionada à esterilização, entre algumas paulistas, pode ser interpretada como viés da pesquisa, se levarmos em conta que várias das pesquisadas tinham contatos anteriores com as pesquisadoras e conheciam o debate travado pelas feministas, endossado pelas componentes da equipe paulista do IRRRAG. Desta forma, poderíamos levantar a suposição de que as pesquisadas tentavam expressar sua identificação com as pesquisadoras. Outra interpretação possível seria a de que essas pesquisadas paulistas, que mantiveram contatos prévios com os argumentos feministas, foram de fato convencidas por seus argumentos e vieram, então, a arrepender-se.

Os padrões de uso contraceptivo delineados acima não podem ser analisados sem considerarmos a influência da cultura médica. A pílula é o método predominante na recomendação médica. Os serviços médicos reforçam o seu uso em razão também da falta de informação que os profissionais da saúde têm e dão a respeito de outros métodos, e pelos próprios preconceitos destes profissionais, que a elegem como o melhor método: o mais seguro, mais eficaz e de menos interferência na relação sexual. Em Pernambuco, os serviços de planejamento familiar existem e parecem ter duplo papel: orientam apenas para o uso de pílula e camisinha como contraceptivos e distribuem-nas gratuitamente.

A quantidade de alegações de 'razões de saúde' para a esterilização é o resultado de uma vida inteira dedicada à reprodução – biológica e social – em condições de pobreza e violência, como também da medicalização crescente da reprodução. O corpo pobre, esgotado pela reprodução, é então medicalizado pelos diagnósticos de risco e recomendações para a esterilização. Neste caso, a intervenção tem que ser radical, mas é preciso chegar perto da morte e é necessário ser ameaçada, pelo médico, dessa morte próxima.

Seria simples afirmar que, reduzindo-se drasticamente o número de gestações e de filhos, por meio da esterilização, estar-se-ia reduzindo custos. Isto se dá até certo ponto, mas é uma intervenção que incide apenas sobre o que há de mais imediato – o corpo e a vida da mulher – sem que se alterem as condições do contexto e, portanto, sem que se crie a possibilidade de vivência reprodutiva que não seja custosa, pessoal e social. Cria-se o corpo doente, por meio da reprodução em condições precárias de sobrevivência, para depois intervir, medicalizando-o.

Reveses da Anticoncepção

O curso de vida das mulheres pobres estudadas é marcado pela reprodução social e biológica, tarefas que todas, de uma forma ou outra, em situações bem diversas, desempenharam sem alternativas. Enquanto mulheres, nenhuma escapa da reprodução social. O trabalho está diretamente ligado às possibilidades reprodutivas. À medida que as trabalhadoras domésticas residentes no emprego enfrentam condições de trabalho que criam enormes dificuldades para a reprodução biológica, as trabalhadoras rurais se vêem diante das demandas de mão-de-obra na pequena produção, situação que, portanto, as incentivaria a gerar um grande número de filhos. No entanto, o

corpo reprodutor pobre não agüenta suprir tal demanda e a anticoncepção é acolhida como necessária à manutenção da saúde. A anticoncepção entra nesta trajetória de modo a frear a reprodução biológica, muitas vezes encerrando a reprodução biológica permanentemente com a esterilização, mas ela não se apresenta de forma a criar diversas possibilidades reprodutivas.

Certamente, as profundas mudanças sociais ocorridas no País durante as últimas décadas incidiram diretamente sobre a mentalidade e as atitudes das mulheres de todos os segmentos sociais no âmbito reprodutivo, com certas distinções entre o meio rural e o urbano. No entanto, sobretudo entre as mais pobres, a falta de meios para efetivamente escolher como, quando, e se quer ter filhos foi a grande lacuna vivida e descrita pelas pesquisadas. Travaram solitariamente uma luta pela realização do desejo e pela necessidade de ter menos filhos, em situação extremamente desfavorável, em que a pobreza, a vigência de padrões tradicionais de gênero e a desinformação aliaram-se ao reduzido acesso a serviços de saúde de baixa qualidade, levando a situações desesperadoras, suportadas somente por um alto custo pessoal e social.

O cerne dessas transformações certamente reside na desnaturalização dos processos que envolvem a reprodução, a qual aparece não mais como desígnio divino ou destino feminino inarredável, mas como fenômeno passível de controle e decisão. O desejo de ter menos filhos é mais justificado por razões econômicas ou de saúde e menos por argumentos do campo do direito, raramente pelo senso de propriedade do corpo. E a implementação deste desejo é entendida como obrigação que compete à mulher, mesmo se à revelia ou às escondidas do marido, justamente com o argumento de ser ela a responsável pela criação dos filhos.

Constatamos que as mais pobres, as trabalhadoras rurais, são as que traçam uma trajetória mais penosa e uniforme, com menos escolhas. As condições de vida destas mulheres e a natureza da assistência à saúde da região – sem serviços de informação, sem orientação específica para anticoncepção etc. – faz da trajetória anticonceptiva um longo caminho de ineficiência dos métodos e prejuízos à saúde que, no final, não atinge o objetivo proposto. Continuam a engravidar, continuam a ter filhos, com o agravante de, em muitos momentos de suas vidas, sofrerem conseqüências nefastas da anticoncepção hormonal. A esterilização, neste caso, atende a dois de seus propósitos: realiza o desejo de não ter mais filhos e encerra o ciclo de prejuízos à saúde. Esta alocação da esterilização no curso de vida das mulheres faz com que as problematizações criadas em torno dela centrem-se mais no processo pelo qual a esterilização é obtida e realizada do que na esterilização em si.

Curiosamente, é aqui que a 'naturalização' se instala mais uma vez, tornando complexa a reflexão sobre os direitos da reprodução. Se o uso de contraceptivos continua a ser parte do campo de preferências e desejos de cada mulher que mantém uma natureza individual ou, no máximo, conjugal, a esterilização parece ter se instalado de modo definitivo, no curso de vida destas mulheres, como momento 'natural', como ponto de chegada de sua experiência reprodutiva. Passa-se, portanto, do ciclo biológico menarca-concepção-gestação-parto para novo ciclo menarca-concepção-gestação-parto-esterilização, em que, a despeito de ser intervenção externa sobre o corpo, a

esterilização adquire o mesmo *status* dos outros momentos e, na concepção do ciclo, termina por 'naturalizar-se'. Passa a ser prevista, planejada, desejada e esperada, pelas mulheres, antes mesmo do casamento.

NOTAS

1 Para preparar o trabalho ora apresentado, contamos com a consultoria de Carmem Dora Guimarães, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) do Museu Nacional.

2 O IRRRAG é um grupo de pesquisa internacional coordenado por Rosalind Petchesky, do Hunter College, New York. Além do Brasil, a pesquisa foi realizada no México, Estados Unidos, Nigéria, Filipinas, Malásia e Egito.

3 Em Pernambuco, a pesquisa foi coordenada por Ana Paula Portella, psicóloga, contando também com a consultoria permanente da socióloga Maria Betânia Ávila, ambas do SOS CORPO – Gênero e Cidadania. No Rio de Janeiro, o projeto foi desenvolvido pela Cidadania, Estudos, Pesquisa, Informação e Ação (Cepia) e contou com a socióloga Helena Bocayuva como coordenadora e as antropólogas Carmem Dora Guimarães e Cecilia de Mello e Souza. A equipe de São Paulo reuniu representantes de cinco ONGs feministas, coordenada por Maria Teresa Citeli, da Fundação Carlos Chagas; integraram-na Maria Dirce Pinho, técnica em pesquisa quantitativa do Geledés – Instituto da Mulher Negra, Cassia Carloto, psicóloga do Sempreviva Organização Feminista (SOF) e Margareth Arilha, psicanalista da Estudo e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana (Ecos). A coordenação nacional coube a Simone Grilo Diniz, médica-sanitarista e integrante do também paulista Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde.

4 A partir da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo 94), promovida pela ONU, houve mudança de paradigma quanto ao modo de pensar ou promover políticas relativas a questões populacionais, que incorpora a noção de direitos reprodutivos e a perspectiva das mulheres como eixo central.

5 Ver o trabalho de FONSECA (1986), sobre a circulação de crianças em Porto Alegre, e o de CARDOSO (1984), sobre a adoção nas classes populares de São Paulo.

6 Estéreis e frígidas, não cumprem mais com as funções e papéis que lhes foram socialmente designados. No entanto, já o fizeram e, assim, os maridos aceitam tanto as intervenções quanto as alegações de frigidez; afinal, não se trata da recusa de mulher sadia, mas, sim, de mulher doente, cuja frigidez é exatamente conseqüência de sua doença.

7 Do ponto de vista social, a vivência reprodutiva é um dos elementos que dificultam sobremaneira a inserção das mulheres na vida pública, além de impossibilitar-lhes o descanso, o lazer ou a busca de outras alternativas de vida. Prova disso é que a grande maioria das ativistas estão esterilizadas ou fizeram a histerectomia; são mulheres que não apenas já têm os filhos crescidos, como, sobretudo, já não têm a possibilidade de vir a enfrentar novamente a reprodução. A partir do momento em que se afastam da vivência reprodutiva, sobra-lhes tempo e disposição para a construção de novos rumos em suas vidas onde, dentre os quais, a militância política é dos mais importantes. Na outra ponta do conjunto de ativistas, estão justamente as mulheres solteiras, sem filhos e sem marido, embora com compromissos domésticos e familiares.

8 De acordo com nossos(as) entrevistados(as), não há acompanhamento pré-natal nem ações que orientem as mulheres para os exames ginecológicos regulares, incluindo-se a prevenção

do câncer de colo uterino e de mama. Com relação aos homens, esta lacuna foi imensamente maior: não houve referência à busca dos serviços de saúde pelos homens. Os serviços de planejamento familiar existem e parecem ter duplo papel: indicam apenas pílula e camisinha como contraceptivos, e distribuem-nos gratuitamente.

9 Interessa notar que semelhante distinção é feita quanto às formas de provocar aborto. Os homens e as mulheres do sertão aceitam o recurso a ervas e chás da cultura tradicional para interromper, com baixa eficácia, a gravidez indesejada, o que não é tido como aborto. No entanto, quando é induzido por outros meios que não os 'naturais', passa a ser rechaçado como crime passível de severa punição.

10 Sobre a associação entre esterilização feminina e parto cirúrgico no Brasil, ver BERQUÓ (1993).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROSO, C. Direitos reprodutivos: a realidade social e o debate político. *Cadernos de Pesquisa*, (62):52-59, 1987.

BARROSO, C. Fecundidade e políticas públicas. *São Paulo em Perspectiva*, 3(3):15-19, 1989.

BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, SOCIEDADE CIVIL (BEMFAM). *Fecundidade, Anticoncepção e Mortalidade Infantil: pesquisa sobre saúde familiar no Nordeste*. Recife, 1991.

BERQUÓ, E. et al. *A Fecundidade em São Paulo: características demográficas, biológicas e sócio-econômicas*. São Paulo: Cebrap/Ed. Brasileira de Ciências, 1977.

BERQUÓ, E. et al. Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos à espera de uma ação exemplar. *Revista Estudos Feministas*, 1(2):366-381, 1993.

BERQUÓ, E. et al. *A saúde das mulheres na "década perdida"*. São Paulo: SEMINÁRIO EQÜIDADE ENTRE OS SEXOS: UMA AGENDA PARA A VIRADA DO SÉCULO. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1995. (Mimeo.)

CARDOSO, R. Creating Kinship: the fostering of children in favela families in Brazil. In: SMITH, R. (Ed.) *Kinship, Ideology and Practice in Latin America*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1984.

CIDADANIA, ESTUDOS, PESQUISA, INFORMAÇÃO E AÇÃO / FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS (CEPIA/FLACSO). *Mulheres Latino-americanas em Dados – Brasil*. Santiago: Instituto de la Mujer/Flacso, 1993.

CORRÊA, S. & PETCHESKY, R. Reproductive and sexual rights: a feminist perspective. In: SEN, G.; GERMAIN, A. & CHEN, L. C. (Eds.) *Population Policies Reconsidered: health, empowerment, and rights*. Boston: Harvard School of Public Health, 1994.

DOUGLAS, M. *Purity and Danger: an analysis of concepts of pollution and taboo*. Harmondsworth: Penguin Books, 1970.

DOUGLAS, M. *Natural Symbols: explorations in cosmology*. Harmondsworth: Penguin Books, 1973.

DUARTE, L. F. D. *Da Vida Nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas)*. Rio de Janeiro: Zahar/CNPq, 1986.

FARIA, V. E. Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos. *Ciências Sociais Hoje*. São Paulo: Anpocs/Vértice, 1989.

FONSECA, C. Orphanages, foundlings and foster mothers: the system of child circulation in a Brazilian squatter settlement. *Anthropological Quaterly*, 59(1):15-27, 1986.

GIFFIN, K. M. Women's health and the privatization of fertility control in Brazil. *Social Sciences Medicine*, 39(3):355-60, 1993.

MARTINE, G. *Brazil's remarkable fertility decline: a fresh look at key factors*. Cambridge [Massachussets]: Harvard Center for Poplation and Development Studies, 1995. (Working Papers Series, 95).

PETCHESKY, R. & JENNIFER, W. Global feminist perspectives on reproductive rights and reproductive health. In: INTERNATIONAL INTERDISCIPLINARY CONGRESS ON WOMEN, New York, 1990.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. Administração Regional de Saúde 6. *Relatório de atividades,* 1992.

SARTI, C. *É a Sina que a Gente Traz: ser mulher na periferia urbana*, 1985. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Universidade de São Paulo.

SCAVONE, L. et al. Contracepção, controle demográfico e desigualdades sociais: análise comparativa franco-brasileira. *Revista Estudos Feministas* 2(2), 1995.

SORRENTINO, S. O SUS e a saúde da mulher. *Jornal da Rede*, 7, jun. 1994.

Parte II

Instituições e Trajetórias

4

Concepções de Doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto?

Francisco J. Arsego de Oliveira

Falar acerca das variadas definições e percepções das doenças pode parecer, à primeira vista, exercício em torno do óbvio. Apesar disto, parece não estar suficientemente claro – em especial, para os prestadores de serviço médico – o fato de as concepções a respeito de saúde/doença possuírem características próprias, de acordo com o contexto cultural dos diferentes grupos que compõem a sociedade. Há então espaço para este óbvio ser explicitado e provado.

Vários estudos sobre o tema – inclusive em nosso meio – vêm demonstrando como o entendimento do 'leigo', no que concerne a sua doença, difere da concepção dos médicos sobre a mesma 'doença'.[1] Assim, no momento em que muitos setores da Saúde Pública procuram alternativas de prática médica que, de certa forma, consigam aplacar os efeitos do que parece ser mais uma crise no setor, tornando-o mais efetivo, humano e culturalmente apropriado, o estudo das diversas representações quanto à doença é fundamental.

Isto porque o entendimento do que seja doença permeia toda a relação que se estabelece no encontro do indivíduo com os sistemas de saúde, oficiais ou informais. Por conseguinte, a forma pela qual o indivíduo se percebe 'estando doente' determinará diretamente de que modo ele relatará a evolução de sua doença para o 'curador', como entende que o exame físico deva ser realizado, o estabelecimento do diagnóstico e o tratamento para aquilo que está sentindo. No caso do aparato formal, o médico, por sua vez, a partir dos sinais e sintomas expressos pelo paciente, busca cumprir a sua parte na relação, ou seja, acertar o diagnóstico, curar o paciente através do tratamento correto e fazê-lo retornar ao estado prévio de saúde.

Conforme Knauth (1995), a necessidade do conhecimento das diferenças existentes entre os mais variados segmentos sociais sobre as suas representações a respeito da saúde/doença mostra-se mais evidente no caso da AIDS, em que tal entendimento é básico para que sejam traçadas políticas de ação preventiva realmente eficazes. O que se busca demonstrar aqui é que este entendimento é igualmente fundamental para a prática médica cotidiana, em especial quando se trata de sociedade tão heterogênea quanto a brasileira.

O presente trabalho foi realizado a partir dos depoimentos pertencentes ao banco de dados da pesquisa "Corpo, sexualidade e reprodução: um estudo sobre representações sociais", a respeito de práticas contraceptivas, projeto coordenado pela professora Ondina Fachel Leal, do Núcleo de Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com o suporte da Organização Mundial da Saúde.

Esta minuciosa investigação desenvolveu-se a partir de 200 entrevistas, divididas igualmente entre homens e mulheres em idade reprodutiva, moradores de quatro vilas de classe popular atendidas por unidades de saúde comunitária, vinculadas a um complexo hospitalar de caráter público de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Estas unidades – Vilas Floresta, Valão, SESC e Dique – prestam atendimento, em nível de tratamento, promoção e prevenção à saúde, a áreas geograficamente delimitadas e população adscrita. Também foram incluídos dados de minha experiência pessoal em campo, como entrevistador, nesta mesma pesquisa.

O objetivo deste estudo é analisar as diversas definições de doença em classes populares, partindo do pressuposto que a doença constitui fenômeno social por excelência, que supera em muito os limites biológicos do corpo. Procura-se também, a partir dos depoimentos, reconhecer como se estabelece a influência dos serviços de saúde nessas definições sobre doença. É evidente que há certas limitações nesta abordagem, uma vez que o roteiro de entrevista original é extenso, abrangendo pontos não exclusivamente relacionados com saúde ou doença. Entretanto, como houve preocupação com a fundamentação, enquanto pesquisa de caráter essencialmente etnográfico, os dados colhidos são extremamente úteis para o meu propósito aqui.

Deve ser salientado que, apesar de alguns informantes terem sido indicados pelos postos de saúde, as entrevistas foram realizadas na casa dos moradores, portanto fora do contexto diretamente relacionado à doença ou aos serviços de saúde naquele momento. Da mesma maneira, o recorte utilizado centrou-se na 'doença' e não na concepção de 'saúde', o que, compreensivelmente, pode envolver perspectivas distintas.

Um dos aspectos que chamam a atenção logo no início deste trabalho é o modo diferenciado dos informantes referirem-se à doença em relação aos adultos e às crianças. Há grande preocupação com a saúde do segmento infantil, expressa através do número de consultas, da procura de atendimento médico logo no início dos sintomas, da preocupação em manter as vacinas em dia, enfim, da procura de auxílio imediato e também preventivo para problemas de saúde dos filhos.

As crianças são vistas como seres frágeis, de cuja saúde as mães não podem descuidar-se. São levadas ao médico aos mínimos sinais de anormalidade, mesmo que isto represente procura desgastante por serviços de emergência, geograficamente distantes e com filas. Apesar de as entrevistas serem dirigidas aos informantes adultos, são comuns os relatos de doenças envolvendo os filhos, seus infortúnios ou proezas relacionadas à saúde, como 'aquele tem dor de ouvido seguida' ou 'este tem organismo forte porque mamou (no peito) até os seis anos'. Alguns depoimentos são claros a este respeito:

> *O meu maior cuidado é com as crianças.* (T., 24 anos, feminino, Vila Floresta)[2]

Mesmo com todas as voltas que eu dei na minha vida, nunca deixei de cuidar das crianças. Elas sempre tiveram de tudo para não passar necessidade. (V., 28 anos, feminino, Vila Floresta)

Com a nenê, qualquer coisinha a gente já corre para o posto. (D., 19 anos, masculino, Vila Dique)

A preocupação com a saúde das crianças parece denotar bem mais do que a simples busca de seu bem-estar. Na verdade, é resposta ante a exigência da comunidade e também do posto de saúde. Postergar a ida ao médico pode significar agravamento da doença, sendo isto de certa forma cobrado das mães, com expressões do tipo 'mãe relaxada', 'como deixou chegar neste ponto!'. Por um lado, sem dúvida, a mãe tem importante papel no caso de doenças, como veremos mais adiante. Por outro, não é incomum, quando as mães trabalham fora, que essa responsabilidade no cuidado com as crianças pequenas seja transferida para os filhos mais velhos, o que pressupõe, inclusive, levá-las ao médico em caso de doença.

Contrapondo-se a isto, a expressão 'nunca ficar doente' aparece com freqüência nos depoimentos em relação aos adultos. Neste contexto, estar saudável é atributo de força, muitas vezes enunciado logo no início das conversas, como que marcando posição definida perante o interlocutor. Vários outros autores desenvolveram a fundo esta noção de força/fraqueza como fundante da oposição saúde/doença em relação ao corpo (ver os estudos de Boltanski, 1984; Loyola, 1984; Duarte, 1986; Ferreira, 1994).

À medida que os encontros avançavam, contudo, as questões sobre doenças na família puderam ser expostas com mais detalhes. O grande número de procedimentos médicos em relação ao número de habitantes abrangido pelas unidades de saúde estudadas também desmente isso.[3] Não há como negar que a população em questão tem contato muito próximo com determinado tipo de serviço de saúde (as unidades de saúde comunitária), o que vai acabar sendo importante também quanto as suas concepções sobre o adoecer.

A leitura dos depoimentos permite a divisão do entendimento sobre a doença em dois níveis principais de análise. O primeiro, refere-se à sintomatologia associada à doença: dor/febre, fraqueza, falta de apetite. O segundo, diz respeito a suas conseqüências, ou seja, 'não poder trabalhar' e 'ficar de cama'. São concepções não excludentes, mantendo, isto sim, relação de complementaridade entre elas.

Essas representações acerca da doença estão visceralmente ligadas aos usos e às representações sociais que as pessoas fazem de seu corpo. Knauth (1992b) já tinha evidenciado, em trabalho relativo a uma das vilas ora estudadas, que o corpo torna-se um 'problema', ou seja, 'doente', quando passa a não funcionar normalmente. A doença, portanto, tem 'concretude', e nisto difere da definição – quase metafísica – da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 'completo bem-estar físico, mental e social', ainda hoje muito utilizada quando se quer mostrar 'avanços' em relação à definição tradicional de saúde como a simples 'ausência de doença'.

Além disso, há as 'doenças simples' e as 'doenças sérias', ou seja, estas percebidas como mais graves e necessariamente forçando as pessoas a procurar serviços

médicos. Cada qual receberá atenção correspondente. Algumas são 'tão sérias' que requerem atendimento direto no hospital, pois ultrapassam a capacidade resolutiva do ambiente familiar e dos 'postinhos'.

A doença simples, cura-se em casa. (A., 30 anos, feminino, Vila SESC)

A gente que tem bastante filho, já sabe quando é sério. Levar no médico, dão um Melhoral e deu. Isso eu sei fazer! (C., 31 anos, feminino, Vila SESC)

Há também percepção de doença enquanto fenômeno cumulativo, quando elementos prejudiciais podem agregar-se progressivamente, piorando a saúde do indivíduo com o passar do tempo. Assim, é possível ficar doente com um resfriado, evoluindo para uma 'dor de ouvido' ou 'pneumonia'.

A partir dos relatos, as definições sobre doença foram agrupadas em categorias abrangentes, que podem ser sistematizadas da seguinte maneira:

categoria	**n = 196 freqüência (%)**
dor/febre	35
ir para a cama	19
não poder trabalhar	9
falta de apetite	1
dois ou mais elementos	17
outros	19

Como se pode ver, a questão da dor é a mais marcante e, de longe, a mais freqüente. Neste sentido, estar doente pode representar um estado doloroso qualquer: dor em todo o corpo, em alguma parte específica e, sobretudo, 'dor de cabeça'. Este dado confirma a observação de Helman (1994) de que a dor é o sintoma mais freqüente na prática médica. Não se deve esquecer, aqui, que o trabalho é realizado com um grupo que desfruta de grande proximidade com serviços de saúde, sendo provável que estes acabem por moldar as próprias definições de doença da população que atende.

Esta dor surge então como elemento desestabilizador de estado de equilíbrio no indivíduo. A dor na cabeça é, por sua vez, uma das mais ameaçadoras à saúde, pois atinge o ponto do corpo justamente encarregado de manter o controle sobre as funções da pessoa. É evidente que a dor, como manifestação de doença, não pode ser analisada fora de seu contexto. Ela é, ainda segundo Helman, condicionada socialmente, ou seja, é fruto de relações sociais. Em uma palavra, a dor constitui aprendizado. E este se concretiza das mais variadas formas, sendo expressão essencialmente cultural, em que até mesmo os serviços médicos oficiais exercem importante influência .

Ferreira (1994) procura demonstrar como a interpretação da doença é processo no qual o indivíduo se guia por categorias cognitivas socialmente construídas. Ao analisar a semiologia do corpo, a autora faz observações acerca dos vários tipos de dor, cada uma com a sua especificidade. Tais observações foram também recorrentes

no presente estudo. A dor pode, portanto, possuir características próprias e variar conforme a localização e duração. A 'dor no peito', por exemplo, é considerada de tipo grave, pois pode envolver o coração; a 'dor na barriga' tem a possibilidade de representar apendicite etc. Há também a 'dor normal', como a que ocorre durante a menstruação. A dor 'anormal' é geralmente percebida como fenômeno violento: uma dor de tipo 'pontada', 'facada', 'agulhada', 'ferroada', 'choque', 'dor rasgada', e com poderes que a fazem superior às defesas do organismo encarregadas, como vimos, de manter o equilíbrio de forças. Assim, a sensação dolorosa ganha vida própria, podendo 'caminhar', 'se espalhar', 'vir de repente', 'atacar'. Vista deste modo, a doença é algo que se manifesta repentina e traiçoeiramente, não sendo possível, portanto, ser prevista quer pelo paciente quer pelo médico. Em Medicina, inclusive, fala-se de 'pródromos', ou seja, o período de tempo variável, mas imediatamente anterior à manifestação explícita da doença, composto por queixas gerais e inespecíficas que impossibilitam a definição de diagnóstico preciso. Isto chega até mesmo à situação paradoxal de, em algumas ocasiões, o médico orientar o paciente a retornar para revisão em um ou dois dias, quando a doença poderá então apresentar-se mais claramente.

É por esta característica de 'poder' atribuída à dor que, muitas vezes, exige-se medida igualmente violenta para contrapor-se a ela e restituir o equilíbrio abalado, através de injeção ou remédio considerado igualmente 'bem forte'.

Foi possível observar que não é comum, porém, a dor manifestar-se isoladamente. O mais freqüente é a dor estar associada a outros elementos, em particular à febre. Apesar de a dor possuir substrato fisiopatológico bem definido, é expressão fundamentalmente subjetiva, que desafia a sua quantificação, não havendo escalas aceitas universalmente. Em que momento uma dor passa a ser 'doença'? A febre, ao contrário, pode ser medida, quantificada e até mesmo pode fornecer indicativo da gravidade, segundo a idéia de quanto mais alta a temperatura corporal, mais grave a doença. Expressões do tipo 'febrão', 'febre de mais de 40 (graus)!', 'queimando em febre' dão idéia de doença grave, como relata uma informante sobre episódio de febre na sua filha pequena:

> *Tem doença que eu já sei, daí eu mesma cuido. Quando ela está doente, eu dou compressa, chá, Tylenol. Teve uma vez que ela teve um febrão, de noite, que se eu não tivesse cuidado, ela teria uma convulsão!* (C., 23 anos, feminino, Vila Dique)

Mesmo quando a febre não é registrada no termômetro, isto não significa a sua inexistência, pois há a 'febre por dentro', que pode ser tão grave quanto às verificadas com instrumento medidor de temperatura. Ter muita sede, calafrios, suores ou, simplesmente, o aparecimento de feridas na boca são indicativos dessa 'febre interna', cuja presença não há como medir objetivamente. Também é característico o fato de nem todas as famílias possuírem termômetro, artigo considerado quase de luxo. A febre é percebida através da mão da mãe sobre a testa da pessoa, ou, com menos freqüência, medida com o termômetro – em geral pedindo emprestado a uma vizinha que o tenha – por recomendação médica, para, como vimos, dar suporte à idéia de gravidade da doença.

Pelo lado dos serviços de saúde, a presença de febre também mobiliza certos esforços. Nos postos de saúde, por exemplo, se uma pessoa chega 'doente' e referindo febre – especialmente as crianças – é em geral atendida com prioridade, sendo a medida da temperatura com o termômetro uma das primeiras ações a serem realizadas.

> *Na* [posto de saúde da Vila] *Nazaré, eles tratam a gente bem... Cheguei com a criança com febre e fui a primeira a ser atendida. Eu prefiro caminhar mais do que ir nesta porcaria deste postinho.* (M., 19 anos, feminino, Vila Dique)

Outros sintomas também estão associados à dor e à febre, conforme dizem os informantes: 'calafrios', 'mal-estar', 'infecção', 'inflamação', 'falta de ar', 'tosse', 'dor de dente'. Associada às outras categorias, a falta de apetite é recorrente em significativo número de relatos, apesar de surgir isoladamente em apenas uma oportunidade.

Já entrando no campo das conseqüências da doença, uma categoria bem presente é o estabelecimento de ligação entre doença e 'ir para a cama'. Sob esta classificação está agrupada uma extensa lista de expressões como 'desânimo', 'moleza', 'bobeira', 'indisposição', 'ficar só deitado', 'se entregar', 'cansaço no corpo' etc. É quando a fraqueza prepondera sobre a força, situação também comentada por Duarte (1986). A fraqueza toma conta de todo o corpo, alterando por completo as atividades normais do indivíduo. Neste caso, repouso e alimentação adequada surgem como partes importantes no processo de recuperação do doente na sua volta ao estado de plena saúde. É interessante perceber que há 'equivalente infantil' deste estado de prostração: a criança – que se expressa de maneira diversa do adulto – é vista pela mãe como estando 'enjoadinha' ou 'caidinha', estado que reúne todos estes sintomas pouco específicos do 'estar doente'.

Certamente associada a esta última categoria está uma outra: a de 'não poder trabalhar'. Esta relação fica bem evidente como definição do gênero masculino adulto, ou seja, aqueles com responsabilidade do sustento da família.[4] Seguindo-se este raciocínio, suporta-se tudo – inclusive a dor – até que não seja mais possível trabalhar. Em geral, a falta ao trabalho acarreta uma série de problemas financeiros imediatos, como o desconto de dias parados ou a dificuldade de conseguir dinheiro – para aqueles com atividade autônoma. Sobretudo, o 'não trabalhar' fere justamente a posição de provedor da casa. Assim, mais uma vez, vemos a definição de doença entrecortada por uma concepção físico/moral, com o 'não trabalhar' associado a 'fraco'.

> *Febrinha, dorzinha, isso aí não é doença.* (L., 21 anos, masculino, Vila Valão)
>
> *Pobre não tem tempo para ficar doente.* (C., 32 anos, masculino, Vila Valão)
>
> *Doença mesmo é quando não dá para trabalhar.* (G., 38 anos, masculino, Vila Dique)

A expressão 'mesmo', utilizada neste último depoimento, pressupõe, desta maneira, situações menos importantes, suportáveis, desde que não interfiram na atividade produtiva. Nem tudo é doença, ou melhor, a doença inicia a partir de clara linha demarcadora, neste caso a impossibilidade para o trabalho.

A doença que leva o indivíduo 'para a cama' também impede o trabalho doméstico feito pelas mulheres. Aqui também se estabelece como categoria condicional, ou seja, há ocasiões permitidas para ficar doente. Os seguintes depoimentos sustentam este argumento:

> *Hoje em dia não dá para ficar doente mais.* (A., 23 anos, feminino, Vila Valão)

> *A gente que trabalha nunca pode se considerar doente.* (I., 32 anos, feminino, Vila Sesc)

A doença como que compele o indivíduo à imobilidade. Mesmo não sendo algo grave, 'ficar na cama' é a única alternativa possível para o não-cumprimento das funções social e moralmente esperadas, como o trabalho. Neste sentido, os dias em que a pessoa fica de cama podem indicar a severidade da doença, funcionando como álibi para a situação:

> *Quando ataca a garganta, eu fico até um mês de cama.* (M., 19 anos, feminino, Vila Dique)

A cama do doente, por excelência, é a do hospital, local onde, no imaginário das pessoas, se fica 'preso a uma cama', passivo, em tratamento, até que a doença seja vencida. Muitos informantes relatam, inclusive, que só se sentiam doentes quando estavam hospitalizados. A mesma linha de pensamento é seguida quando a mulher fica internada para o parto, não conseguindo afastar, mesmo tratando-se de fenômeno natural, a idéia de doença, pois apesar de a maternidade ser apenas um dos muitos setores do hospital, é parte integrante do mesmo. O 'repouso', que consta comumente na própria recomendação médica para muitas enfermidades, é então culturalmente aceito e incorporado como etapa recomendável à recuperação do 'doente'.

> *Eu nunca vou para a cama... nunca fui para a cama, graças a Deus. Só quando fiz cesariana dos filhos no hospital. Só fico na cama quando vou dormir.* (R., 39 anos, feminino, Vila Sesc)

> *A gente não pode ficar doente, só quando ganha filho e fica um dia no hospital.* (C., 31 anos, feminino, Vila Sesc)

Outro elemento que merece consideração, nessas circunstâncias, é o atestado médico. Este documento dispensa legalmente o indivíduo de comparecer ao emprego por motivo de doença. O profissional médico possui o poder de concedê-lo ou não, segundo critérios 'médicos' nem sempre claros e uniformes para as pessoas que o necessitam. Assim, mesmo tendo que 'ficar de cama', a pessoa deve se consultar para ter assegurada que a sua falta ao trabalho, com 'atestado', não acarrete desconto dos dias parados. O atestado é a prova definitiva que ele (ou ela) não é 'vagabundo', e que faltou ao trabalho porque realmente estava 'sem condições' para o desempenho das suas tarefas.

> *Quando ficar doente, vou ao médico da firma e ele é que vai dizer se eu tenho condições de trabalhar ou não. Se não tiver, ele vai me dar um atestado.* (Q., 32 anos, masculino, Vila Valão)

Uma quinta categorização foi necessária para agrupar todos os relatos em que a definição de doença representava um conjunto de fatores, não sendo possível isolar um dos elementos citados anteriormente como único. Nestes casos, apareciam dois ou mais elementos associados, todos igualmente identificados pelos informantes como definidores de doença. Com isto, fica também evidente a correlação entre todos os elementos. O raciocínio seria, então, mais ou menos o seguinte: se uma pessoa tem dor, não come. Se não come, fica fraca e, assim, não pode trabalhar, devendo, portanto, ficar de cama para recuperar-se.

> [Doença é]... *quando me sinto fraco, com dor muito forte, cansado... quando estou com olheiras muito grandes.* (V., 19 anos, masculino, Vila Valão)

Uma 'boa alimentação', nessas situações, assume papel preponderante como forma de manter a saúde: por um lado, contribui para não deixar o corpo suscetível às doenças e, por outro, auxilia na recuperação do corpo doente. Aqui também a alimentação pode ser entendida como causa ou conseqüência da doença, ou seja, pode-se ficar doente por não se alimentar corretamente e, na vigência da doença, perde-se o apetite. Vários informantes relacionaram melhor saúde das pessoas ao fato de terem vivido na zona rural, dispondo, entre outros fatores, de alimentação mais adequada. Os seguintes trechos de entrevistas são esclarecedores sobre o que se está querendo dizer:

> [Na zona rural] *Tem mais comida... a começar pelo leite, que aqui é uma água. Na salada, aqui tudo é à base de veneno... e a água! Até hoje sinto falta da água lá de fora. Acho que levei uns cinco anos para tomar essa água daqui. Antes, só tomava refrigerante.* (V., 39 anos, masculino, Vila Valão)

> *Lá fora* [no Interior] *é diferente. A gente vai aos 70, 80 anos... lá fora é ar puro, silêncio. Meu avô morreu com 90 anos, minha avó, com cento e poucos. Aqui na cidade é só barulho, carros... estraga muito o corpo.* (Q., 32 anos, masculino, Vila Valão)

> *A gente que veio lá de fora tem mais saúde que os magrelas daqui.* (I., 32 anos, masculino, Vila Valão)

Como podemos inferir através destes depoimentos, a vida no campo é idealizada, pois lá haveria abundância de alimentos sadios, sem venenos ou outros elementos incluídos na comida, os quais poderiam assim enfraquecer o organismo, tornando-o frágil e sem resistências para enfrentar as doenças. De maneira similar, o próprio emagrecimento pode ser sinal identificador de doença, como acontece mais explicitamente hoje em dia em relação à AIDS.[5]

> [Sinto que estou doente]... *quando eu vou para a balança e vejo que o peso está baixo.* (P., 35 anos, masculino, Vila Valão)

Apesar de não ter havido preocupação em explorar diretamente as causas das doenças, alguns depoimentos sugerem que a menstruação é vista como período particularmente suscetível às doenças, principalmente para as mulheres mais jovens, que

apresentam dores pelo corpo e na cabeça. À medida que a idade avança, a mulher parece dominar melhor as 'fraquezas' do período menstrual, evitando as enfermidades ou, como se ouve dizer, 'o sangue se acalma na menopausa':[6]

> *Marquei uma consulta com o clínico geral para ele me encaminhar para o cardiologista porque estou com um problema de coração. Eu sinto dor no peito... quando me dá, eu tenho que me segurar, não posso respirar e, quando mais no final do mês, quando* [está] *para vir a menstruação, eu me sinto atacada.* (C., 31 anos, feminino, Vila Dique)

Por fim, uma última categoria de nosso quadro inicial reúne todas as demais respostas. Situa as doenças dentro de amplo espectro de definições, abrangendo considerável lista de queixas clínicas e sintomas amplos, desde 'uma gripe forte' até 'alcoolismo'. Neste ponto, ficou claro também a influência da Medicina oficial, uma vez que freqüentemente as pessoas informaram que estar doente significa ir 'ao médico', ao 'hospital', 'fazer exames' etc. Quando isto acontecia, a definição de doença era majoritariamente remetida a problema de saúde objetivo da pessoa, em geral doença que exige acompanhamento médico mais estrito, como 'asma', 'gastrite', 'pressão alta', 'quando os exames médicos estão alterados' (como no diabetes) etc.

A apropriação de termos médicos pelos informantes também chama a atenção. É uma extensa relação de diagnósticos, procedimentos e exames complementares, com os quais os pacientes, pelo contato contínuo, aprendem a manipular. O uso do linguajar médico parece ser utilizado como forma de diminuir a distância entre o paciente e o médico, em uma tentativa de fazer desaparecer a figura do 'leigo': pela linguagem, são todos profissionais da saúde, ou quase isso. O contato entre 'iguais' subentende maior cuidado, cortesia na relação, enfim, maior dedicação.

> *Estou fazendo composição da arcada dentária.* (A., 39 anos, masculino, Vila Valão)

> *Eu sou uma mãe muito exigente... quando meus filhos adoecem, coitados dos meus colegas* [médicos]*! Tudo eu quero saber.* (M., 27 anos, feminino, Vila Dique)

Algumas outras expressões eram também utilizadas nos depoimentos: 'esclerose congênita', 'cauterização', 'cirurgia do períneo posterior', 'taquicardia', 'sinovite', 'ácido úrico', 'estrabismo'.

Este tipo de paciente, por sua vez, causa desconforto ao médico e a toda a equipe de saúde, pois a onipotência do profissional da saúde é de certa forma questionada. O paciente, nestas circunstâncias, passa a ser chamado de 'poliqueixoso', 'hipocondríaco', 'aquele que está sempre consultando'. Assim, a estratégia de aproximação empregada pelo paciente acaba efetivamente afastando-o ainda mais dos serviços de saúde.

Vale lembrar que os informantes da pesquisa são de faixa etária mais jovem, pois concentramos a nossa atenção nas pessoas em idade reprodutiva. É possível que, à medida que as pessoas fiquem mais velhas e o contato com os postos de saúde se torne presumivelmente mais constante, esta apropriação seja ainda mais intensa.

Também característica foi a apropriação de recomendações médicas nos termos dos grandes paradigmas da Saúde Pública. Assim, quando falam de doenças, as mães quase sempre citam a importância do acompanhamento médico no posto de saúde. Isto é especialmente chamativo no que se refere à saúde materno-infantil e não parece ser por mera coincidência. As unidades de saúde comunitária em questão organizam boa parte de seu atendimento em 'programas de saúde'. Esses programas buscam sistematizar a prestação de serviços de saúde em áreas específicas, por toda a equipe multiprofissional. Em geral, há uma rotina de atendimento que compreende desde o registro de cada paciente em arquivos – o que permite o seu acompanhamento ao longo do tempo – até ações concretas e situações que requeiram encaminhamentos para especialistas. Cada unidade adapta esses programas à realidade de sua comunidade. Atualmente, os programas privilegiam justamente a área da saúde materno-infantil, sendo prioritários os programas de gestantes, crianças, mulheres e vacinação. São organizados a partir de dados demográficos e epidemiológicos, com metas de cobertura a serem atingidas. Com relação a isto, o Quadro a seguir nos mostra os dados sobre os programas de saúde, referentes às porcentagens de cobertura em relação às metas estabelecidas para o ano de 1994, nas unidades de saúde estudadas.

	Vila Floresta	Valão	SESC	Dique
Programa da Mulher	83	78	50	24
Programa de Gestantes	**	63	91	40
Vacinação*	47	90	**	80
Programa da Criança	39	113	87	123

* vacina Tríplice e Sabin (esquema básico). ** dados não disponíveis.

Fonte: Serviço de Saúde Comunitária / Grupo Hospitalar Conceição – Núcleo de Epidemiologia.

As gestantes, por exemplo, possuem uma série de facilidades no seu contato com os postos, sendo registradas e acompanhadas atentamente. Se faltam a consultas programadas, são visitadas nas suas casas por profissional vinculado ao posto de saúde. Com este acompanhamento, sugere-se adesão quase que compulsória do paciente aos serviços de saúde. Esta ligação segue-se no acompanhamento dos bebês, desde o nascimento até completar o primeiro ano de vida. Neste período, programam-se consultas periódicas, estimula-se fortemente o aleitamento materno, faz-se o controle do crescimento e do esquema de vacinação. Se há fatores de risco – como desnutrição –, esta criança permanece sob vigilância até os três anos. Foi possível perceber que todos esses esforços estão, em certo grau, sendo plenamente incorporados pela comunidade.

Da mesma maneira, a saúde feminina também merece destaque da parte dos postos, consistindo em um dos programas mais antigos em funcionamento. Nele devem ser incluídas todas as mulheres, do início de sua atividade sexual até os 65 anos, para as quais é feita orientação de sexualidade, anticoncepção e prevenção do câncer ginecológico (mamas e colo de útero). Boa parte dos depoimentos reforçam as recomendações dos exames, em especial o 'preventivo'. Prova disto é que, das 94 entrevis-

tas a mulheres utilizadas neste estudo, pelo menos 14 citaram espontaneamente a importância da realização do exame de prevenção do câncer de colo de útero, mesmo que seja percebido pelas informantes como incômodo.

É estranho o fato de este exame ser tão difundido, pois, além de envolver a vergonha de expor os genitais para o profissional da saúde – muitas vezes, profissional do sexo masculino –, pressupõe prevenção, ou seja, a pessoa realizar o exame quando nenhuma manifestação de doença sequer se fez presente. Tal fato parece ser contraditório com as próprias definições de doença vistas aqui anteriormente. Sem dúvida, o posto de saúde desempenha papel crucial na difusão desse tipo de idéia, assinalando atrasos nos prontuários médicos, buscando 'faltosas' – mulheres com o exame em atraso – em casa, vinculando a orientação e distribuição de anticoncepcionais ao fato de a mulher estar com o exame 'em dia', e outras ações semelhantes. Há, portanto, duas lógicas simultaneamente presentes que explicam esta contradição: por um lado, 'saúde é prevenção', difundida pelo posto e, aos poucos, apropriada pela população; por outro, o 'poder sentir-se doente' das camadas populares.

Também a manipulação de medicamentos é algo corriqueiro. O que já foi prescrito uma vez pode servir novamente, em outras oportunidades. Antitérmicos, antibióticos, 'remédios para os vermes'... Algumas vezes há também junção de medicamentos da Medicina oficial com os da Medicina popular, como, por exemplo, 'tomar chá com AAS', tomar remédios após benzeduras etc. Os médicos que atendem nos postos possuem formação em Medicina Geral Comunitária, especialidade médica obtida através de um programa de residência com mínimo de dois anos de duração e com grande carga horária de 'trabalhos comunitários'. Isto os diferencia sobremaneira das outras especialidades médicas de caráter mais hospitalar. Assim, toleram o uso de chá e benzeduras pelos pacientes, chegando, em algumas situações, a recomendá-los.

Os postos de saúde, pela sua facilidade de acesso e boa penetração entre a população, muitas vezes assumem também o papel de aliados diante de um sistema de saúde maior e mais impessoal. Não é raro os pacientes pedirem que os exames ou receitas médicas de outros serviços lhes sejam 'traduzidas'. As pessoas se valem do posto justamente para amenizar a sua ligação com o hospital, quando esta se torna inevitável, como, por exemplo, para internação, cirurgia, parto ou exames médicos. Sob esta lógica, é sempre preferível navegar por 'águas familiares' que ofereçam sentimento de segurança e acolhida.

Pelos depoimentos, é fácil perceber como a mulher é entendida como recurso de cura importante. Como mãe ou esposa, é ela quem, em geral, manipula medicamentos, estabelece contato com o posto de saúde, prepara e administra os chás, enfim, é a primeira pessoa a ser procurada em caso de doença. A partir de então, decide em primeiro lugar se realmente há 'doença'. Em caso afirmativo, resolve como proceder ao tratamento e se deve ou não procurar ajuda. Se decide buscá-la, deverá avaliar a gravidade do caso e escolher o caminho mais apropriado para cada situação. Essa mesma trajetória também é descrita por Kleinman (1980), mostrando como são utilizadas crenças e valores sobre as doenças nesse percurso.

> *A primeira pessoa que procuro* [quando fico doente] *é a minha mãe. Ela me dá chás, conselhos e o que precisar... É o melhor médico que existe!* (P., 35 anos, masculino, Vila Valão)

Leal (1992), em seu estudo na região da divisa entre o Brasil e o Uruguai, já tinha evidenciado que os rituais de cura, por mais simples que sejam, são sempre prerrogativas femininas. Assim, parece claro que a busca de recursos de cura é feita de maneira escalonada, do núcleo familiar aos serviços de saúde oficiais. Neste último, também há hierarquização do que pode ser tratado no 'postinho' e do que exige atendimento no hospital, como vimos anteriormente.

É óbvio que esta aceitação do posto de saúde não é absoluta. Alguns depoimentos são explícitos ao afirmar que 'quanto mais se vai ao médico, mais se fica doente', ou que 'se começa' a ficar doente exatamente quando se vai ao médico. A relação com 'os postinhos', assim, não é livre de conflitos. Ao falar de suas doenças, alguns informantes disseram que 'não gostam de médicos', em especial por diagnósticos incorretos ou outras experiências desagradáveis, o que é exemplificado pelo relato de uma senhora acerca de consulta que realizou quando ainda não tinha certeza de sua gravidez:

> *A doutora do postinho disse que era um febrão. Eu fiquei furiosa! Depois eu fui lá mostrar o febrão para ela.(...) Tem mulheres da Vila que vivem dentro do postinho... parece galinha no poleiro.* (C., 31 anos, feminino, Vila Valão)

Alguns chegam a considerar a própria proximidade com os serviços de saúde como fonte de doenças ou vêem os postos de saúde como inócuos ou até com desconfiança:

> *Toda a vez que fui ao médico, ele achou um monte de coisas... doenças desnecessárias.* (V., 44 anos, feminino, Vila Valão)

> *Para que fazer* [exames] *se eu estou bem? Minha irmã, que ia no médico de seis em seis meses, está com tumor no seio.* (C., 31 anos, feminino, Vila SESC)

> *Qualquer coisinha vai no médico e aí dão comprimidos. Esses comprimidos prejudicam muito a pessoa. Lá fora* [no Interior] *a gente usa muitas ervas.* (J., 39 anos, masculino, Vila Valão)

Relacionando com as definições de doença apresentadas, estes relatos não surpreendem. Como entender que estamos doentes se não sentimos dor, não temos febre e continuamos a trabalhar normalmente? Doenças como hipertensão arterial, colesterol elevado e muitas outras – talvez essas que a informante diz serem 'desnecessárias' – são virtualmente sem sintomas nas fases iniciais, justamente quando uma intervenção médica pode, em alguns casos, reverter ou limitar a extensão dos problemas. Nesse estado, percebido como 'não-doença', torna-se difícil motivar o paciente a interessar-se por aspectos preventivos, uma vez que ele não sente 'necessidade' para tanto, pois os sintomas (ou a ausência deles) não estão relacionados com nenhum fenômeno entendido como 'doença'. São mundos diferentes, com linguagem, lógicas e ações próprias. Casos como os descritos acima são exemplos de uma comunicação que não conseguiu ser estabelecida adequadamente.

Segundo Kleinman (1980), a Medicina também pode ser vista como 'sistema cultural'. Em cada cultura, a doença, a reação a ela, os indivíduos que a sofrem e os que a tratam, e as instituições sociais envolvidas estão, todos, interconectados sistematicamente, o que acaba formando o 'sistema de atenção à saúde', que é o modelo conceitual utilizado pelo autor para apreensão desta totalidade de inter-relação, e que deve ser estudada em seu contexto global, sem etnocentrismo ou 'hospitalocentrismo', como tendem a ser as análises sob a perspectiva da Medicina oficial moderna.

Assim, as definições concernentes à saúde e à doença podem assumir diferenças marcantes entre os diversos grupos humanos, uma vez que constituem representações cultural e socialmente edificadas. Portanto, a apreensão de suas variadas formas é passo fundamental para, por um lado, aprofundarmos o debate sobre o modelo assistencial em saúde e, por outro, analisarmos como se estabelece a interação desse sistema com os indivíduos que o utilizam. A comunicação entre as Ciências Sociais e a Saúde, nesse campo de investigação, tem papel importante para permitir avanços relativos à questão.

Este trabalho procurou aprofundar a análise de como são pensadas as concepções de doença em classes populares. Este exercício de interpretação mostrou-se extremamente revelador da riqueza de elementos constitutivos da realidade social envolvida na forma de acesso desses grupos à saúde, em que as representações sobre saúde/doença moldam de maneira marcante os dois extremos desta relação: usuários e prestadores de serviços de saúde. Assim, ao explorar a interface entre este serviço de saúde – visto aqui como sistema social e cultural próprio – e o indivíduo, podemos contribuir de maneira mais conseqüente no sentido do aprimoramento da atenção à saúde no Brasil.

NOTAS

1 Acerca das concepções a respeito de doenças em pacientes internados em hospital do interior do Rio Grande do Sul, ver KNAUTH (1992a).

2 Em razão do compromisso de anonimato dos informantes, assumido como norma no desenvolvimento da pesquisa e montagem do banco de dados, os depoimentos, no decorrer deste artigo, serão identificados apenas pela inicial, idade, sexo e vila de moradia.

3 Os 'procedimentos' aqui citados correspondem a consultas médicas, de enfermagem, de psicologia, atividades em grupo, curativos, nebulizações, pequenas cirurgias, aplicação de medicamentos, coleta de exames e visitas domiciliares. Segundo dados do Serviço de Saúde Comunitária, no segundo semestre do ano de 1994, o total de todos estes procedimentos foram os seguintes: Vila Floresta, 34.189 (população estimada de 8.362); Valão, 27.993 (população estimada de 6.700); Vila Sesc, 15.049 (população estimada de 5 mil); Vila Dique, 21.539 (população estimada de 3 mil).

4 Parte desta reflexão foi baseada na Análise Fatorial de Correspondência, técnica estatística que permite a visualização, de modo gráfico, do grau de associação entre as variáveis estudadas. Neste caso, entre gênero e definição de doença. Para maior aprofundamento sobre seu uso, ver FACHEL, LEAL & GUIMARÃES Jr. (1995).

5 Para análise mais aprofundada sobre o assunto, ver o texto de SEFFNER (1995).

6 Os aspectos relacionados à menstruação e suas relações com a saúde/doença constituem amplo campo de estudo na área da Antropologia Médica, sendo deliberadamente não aprofundados neste trabalho. Sobre o assunto, ver LEAL (1994).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

DUARTE, L. F. D. *Da Vida Nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas)*. Rio de Janeiro: Zahar/CNPq, 1986.

FACHEL, J. M.; LEAL, O. F. & GUIMARÃES Jr., M. Corpo como dado: material etnográfico e aplicação de análise fatorial de correspondência. In: LEAL, O. F. (Org.) *Corpo e Significado: ensaios de Antropologia Social*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.

FERREIRA, J. O Corpo Sígnico. In: ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. de S. (Orgs.) *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

HELMAN, C. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KLEINMAN, A. Culture, Health Care Systems and Clinical Reality. In: __. A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.

KNAUTH, D. Representações sobre doença e cura entre doentes internados em uma instituição hospitalar. *Cadernos de Antropologia*, 5:23-39, 1992a.

KNAUTH, D. Corpo, saúde e doença. *Cadernos de Antropologia*, 6:55-72, 1992b.

KNAUTH, D. Um problema de família – a percepção da Aids entre mulheres soropositivas. In: LEAL, O. F. (Org.) *Corpo e Significado: ensaios de Antropologia Social*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.

LEAL, O. F. Benzedeiras e bruxas: sexo, gênero e sistema de cura tradicional. *Cadernos de Antropologia*, 5:7-22, 1992.

LEAL, O. F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. de S. (Orgs.) *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

LOYOLA, M. A. *Médicos e curandeiros – conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984.

SEFFNER, F. Aids, estigma e corpo. In: LEAL, O. F. (Org.) *Corpo e Significado: ensaios de Antropologia Social*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.

5

O *Ethos* Masculino e o Adoecimento Relacionado ao Trabalho

Henrique Caetano Nardi

A capacidade e as habilidades para o trabalho – em especial, aquele duro e pesado – são elementos constituintes importantes do '*ethos* masculino' nas classes trabalhadoras (Duarte, 1986; Guedes, 1992). O espaço masculino é o espaço público (Bourdieu, 1990), onde ocorrem as relações dos homens adultos, trabalhadores e chefes de família.

Nesse âmbito, por um lado, configuram-se as condições que permitem o exercício do papel-função de 'pai provedor' desempenhado no espaço da casa, ou seja, do privado, da família, do feminino e do infantil. A doença, por outro lado, se conforma como fraqueza, incapacidade, e é o domínio do feminino, pois a mulher, tradicionalmente, é encarregada dos cuidados com a saúde e a doença (Leal, 1992:8). O espaço do doente e da doença é o do privado. No entanto, este sofre determinação social, pois, como destaca Augé (1986:36): "O paradoxo da doença é que ela é ao mesmo tempo a mais individual e a mais social das coisas".

Quando o trabalhador homem adoece ou se acidenta, em razão de seu trabalho, confronta-se com uma situação de incapacidade para o exercício desse labor, o que, muitas vezes, destrói as possibilidades de retorno a sua atividade habitual; por conseguinte, a enfermidade, ao retirá-lo do espaço público e masculino do trabalho, o remete para o espaço do privado, do feminino. Nesse momento o trabalhador enfrenta uma ruptura de identificação, ou seja, passa a pôr em xeque os elementos constituintes do que está definido socialmente e internalizado como 'ser homem' e 'ser trabalhador'. Quanto a esse fato, Bourdieu afirma:

> *... o homem é um ser implicado no dever ser, que se impõe como se fosse evidente por si mesmo, sem discussão: ser homem é estar instalado de imediato numa posição que implica poderes e privilégios, mas também deveres, e todas as obrigações inscritas na masculinidade...* (Bourdieu, 1990:17)

O material etnográfico a ser analisado neste texto[1] provém de entrevistas realizadas com um grupo de trabalhadores afastados de suas atividades laborais por doenças e acidentes relacionados ao trabalho.[2] No momento das entrevistas, esse grupo esteve afastado de suas atividades laborais por período superior a cinco meses. A

temática abordada nos encontros tratava das repercussões do afastamento do trabalho por doença ou acidente ocupacional. O grupo se constituiu de trabalhadores homens do Pólo Petroquímico de Triunfo, no Rio Grande do Sul.[3]

A discussão nos quatro encontros realizados girou em torno das modificações ocorridas, desde o adoecimento do trabalhador, no cotidiano da vida destes, nas concepções que faziam de seu trabalho, da saúde, das relações saúde/trabalho e de ordem familiar. A metodologia utilizada na condução dos grupos foi aquela preconizada por Dejours & Abdouchely (1994), empregando-se também elementos teórico-conceituais oriundos da Psicanálise, como demonstrado por Costa (1989).

Neste texto pretendemos explorar as dimensões sociais e individuais da doença, conforme propõe Augé (1986) ao abordar um momento de conflito na constituição do *ethos* masculino que vincula trabalho a outros atributos e funções morais, tais como: ser bom pai, bom marido, provedor do lar, forte, honesto, entre outras características descritas por Costa (1989) e por Duarte (1986). O conflito de identidade se apresenta, neste contexto, porque o trabalho que tem eficácia simbólica para garantir as atribuições sociais constitutivas da identidade masculina é aquele que vai provocar a doença e determinar uma série de limitações morais e físicas que colocam em jogo os atributos necessários para ser homem e trabalhador.

Identidade de Trabalhador e Sofrimento Mental no Afastamento do Trabalho por Doença ou Acidente

A vivência do afastamento do trabalho determina sofrimento subjetivo, pois implica sentimentos de impotência, vergonha e isolamento. Silva (1993:21) refere que o trabalhador se autoculpabiliza pela doença ou acidente e enfrenta sentimento de fracasso individual. Podemos entender esse sentimento, com base na compreensão do rompimento de elementos de identificação ligados ao trabalho no momento do afastamento do empregado pela incapacidade conseqüente ao acidente ou doença. O lugar do trabalho na estruturação da identidade é evidenciado por vários autores (Costa, 1989; Duarte, 1986; Guedes, 1992; Tittoni, 1994; Nardi & Tittoni, 1995). Baró (apud Silva, 1993:19) analisa a importância do trabalho, na construção da identidade, como núcleo ao redor do qual o indivíduo desenvolve o significado para a própria vida.

A identidade é definida por Costa (1989:83) como o produto dos papéis que o indivíduo assume no desempenho social e, citando Freud (apud Costa, 1989:85), afirma que ela é o amálgama dos afetos e representações que o sujeito experimenta e formula como sendo a natureza do próprio Eu e do Outro. Lembra, no entanto, que essas representações e afetos são transitórios, móveis e múltiplos, mudam conforme a posição que o sujeito ocupa nas relações com os outros, posição constantemente cambiante e permutável. Esse conceito é fundamental para compreendermos o sofrimento advindo do afastamento do trabalho, pois como refere:

> *O distúrbio mental existe quando as representações de que o indivíduo dispõe para sentir e pensar sua identidade ou as causalidades e finalidades de seus projetos e emoções não se articulam em nenhuma rede de significados presente em sua consciência socializada.* (Costa, 1989:77)

O rompimento dos elementos estruturantes da identidade de trabalhador, conseqüência do afastamento por doença ou acidente do trabalho, faz com que sejam substituídos por um exercício da subjetividade que se coloca a partir de um lugar marginal. No imaginário social desse grupo de trabalhadores – para o qual a virilidade, a força e a convivência com o perigo são importantes traços constituintes da identidade –, o lugar de quem adoece e não trabalha é a casa e o sentimento de exclusão do grupo é extremamente marcante. Costa afirma:

> *Todo indivíduo está constantemente convivendo com o tipo padrão de seu grupo social. Quando imagina-se próximo do sujeito ideal pode sentir-se, como de hábito se sente, satisfeito e realizado; quando se imagina afastado, pode experimentar aflição, insatisfação ou mal-estar. Este tipo de sofrimento não configura um quadro psicopatológico, embora seja, inequivocamente sofrimento mental (...) Este tipo ideal, uma vez definido, é socializado e, por alienante que seja, ele sempre remete o indivíduo ao mundo das significações coletivas, à lógica do discurso cultural.* (Costa, 1989:73)

No grupo estudado, podemos evidenciar claramente as situações de sofrimento nas falas dos trabalhadores, quando relatam a primeira sensação ao ficar em casa premidos pela doença ou acidente:

> *A primeira sensação que o cara tem é de ser inválido.* (Trabalhador 1)

> *O cara fica com um sentimento de ficar inutilizado, impotente, assim para fazer as coisas, pelo menos comigo, também me colocaram na cabeça que eu precisava parar total. E eu gostava de cuidar, consertar coisas em casa, deixar o jardim cheio de flores. E aí, fica aquele clima, pois os vizinhos saem e tu fica ali, todo mundo sai, eu, pelo menos, me afetou. E tu, aparentemente bem e os vizinhos todos saindo. Eu não transmiti meu problema para o pessoal. Eles foram descobrindo depois. Eu não quis falar mas ficava em casa. E eles, acho que pensavam, aquele foi para a rua. Não sei porque não disse nada, sei lá. Senão de repente o cara não vai na tua casa achando que vai se contaminar. Daqui a pouco os caras estão construindo um muro em volta da minha casa.* (Trabalhador 2)

Neste último caso, o trabalhador sabia que sua patologia não era contagiosa, mas a sensação de vergonha ou culpa faz com que ele utilize a metáfora do 'muro', evidenciando seu distanciamento do tipo ideal de trabalhador, que é aquele que sai todos os dias para o trabalho e ao qual o adoecimento não é permitido. Esse trabalhador alude a um quadro posterior de auto-enclausuramento, referência comum aos outros trabalhadores que apresentaram quadros de isolamento ou fobia social presentes em algum momento do afastamento.

Como afirmam Herzlich & Pierret (1991:78), ser saudável a partir da Revolução Industrial passa a ser sinônimo de ser capaz de trabalhar, fato esse confirmado por outros autores, como Minayo (1994):

> *Para a classe trabalhadora a representação de estar doente como sinônimo de inatividade tem a marca da experiência existencial. Trata-se de uma equivalência social e não natural. As expressões correntes: a saúde é tudo, é a maior riqueza, saúde é igual a fortuna, é o maior tesouro; em oposição a doença como castigo,* infelicidade, miséria etc. são representações eloqüentes de uma realidade onde o corpo se tornou, para a maioria, o único gerador de bens. (Minayo, 1994:185)

Silva (1993:21), analisando o trabalho de Lira & Weisntein, considera que, na situação de desemprego, ocorre a gradual destruição da identidade pela forma como o projeto de vida individual e o ideal de si mesmo são duramente confrontados com as práticas, papéis e valorizações sociais experimentadas pelo indivíduo; a resultante queda de auto-estima, a quebra da identidade ocupacional – em verdade, indissociável da identidade global – leva ao surgimento de identidade negativa, produto da dissolução dos vínculos de integração da identidade.

Cabe apontar que a vivência de sofrimento só foi superada, ou relativizada, no momento em que os trabalhadores puderam reintegrar-se de alguma forma ao mundo do trabalho. No único caso em que, durante a pesquisa, ainda não tinha havido alguma forma de reintegração às atividades laborais, o trabalhador persistia com quadro depressivo e de isolamento social.

Redimensionamento dos Referenciais de Gênero

As repercussões do afastamento do mundo do trabalho pela incapacidade causada por acidente ou doença do trabalho têm repercussões nítidas nos referenciais de gênero, segundo afirma Guedes:

> *Sob esse ângulo avaliavam que, após o acidente ou doença incapacitante, tinham se modificado substancialmente, aparecendo com freqüência frases como 'eu não sou o mesmo homem' e outras versões daquela destacada acima, ligando, nitidamente, as condições de homem e trabalhador, através do operador corpo masculino.* (Guedes, 1992:3)

De acordo com Tittoni (1994:166), o trabalhador petroquímico, principalmente o operador de processo – quatro entre os cinco componentes do grupo tinham essa função –, constitui-se em força de trabalho composta pelos traços de cultura masculina que permeiam o discurso dos trabalhadores em questão.

Guedes, em seu estudo da construção da 'pessoa' homem-trabalhador, afirma:

> *O valor do homem como trabalhador mede-se tanto por sua competência específica no trabalho quanto por sua competência em manter sua mulher como não-trabalhadora, evitando o substantivo que colocaria em perigo a 'ordem natural das coisas' e retendo-lhe o qualitativo de 'trabalhadeira', ou seja, a que não economiza esforços para manter sob controle estrito a administração cotidiana da casa e dos filhos.* (Guedes, 1992:402)

Nossos dados etnográficos apontam para uma redefinição dos referenciais de gênero construídos com base no trabalho, no momento em que os trabalhadores relatam suas situações familiares quando do adoecimento e o conseqüente afastamento de sua ocupação. A metáfora utilizada pelo grupo foi 'a casa cai', ou seja, a casa – que se sustenta na divisão dos papéis sociais – cai quando o homem passa a ocupar lugar indefinido para ele no ambiente familiar. Fato este que podemos perceber nas falas dos trabalhadores:

> *Toda a organização da casa é pensada contando que o velho vai sair para trabalhar, e eles têm a vida deles, eu acho, dentro de casa. A mãe e os filhos ali, ela administra a casa. E tu começa a meter o bedelho e o clima começa a ficar ruim e começa a aparecer problemas de relacionamento. Isso foi uma coisa que eu comecei a sentir já bem no início.* (Trabalhador 1)

> *Dividi os filhos na escola, de manhã e de tarde. Às vezes me irrito e saio, mesmo tendo que ficar em casa. Isso foi no ano passado. Esse ano eles que estão saindo de casa, arranjam qualquer desculpa para sair de casa.* (Trabalhador 2)

> *Ficar em casa para quem é casado é tipo gato e rato; começam as brigas e desentendimentos com a mulher e os filhos, a gente sente falta dos colegas, ainda mais em função das turmas; a turma era a compensação do trabalho em turnos.* (Trabalhador 3)

Em alguns casos, no grupo, não foi possível sustentar a relação do casal no período do adoecimento e afastamento, levando a soluções como o divórcio ou o trabalho em outra atividade fora da cidade, afastando-se da família por toda a semana. Mesmo quando a relação se manteve, o trabalhador chegou a utilizar expressões como a de ser 'estorvo' dentro de casa.

Também percebemos a relativização da divisão dos papéis desempenhados pelo homem e pela mulher no ambiente familiar. Nos casos em que já havia estrutura familiar menos rígida, com autonomia do casal, a relação se sustentava de forma menos desgastante. Em alguns casos, a mulher passou a trabalhar e, em outros, o homem sentiu falta da autonomia da esposa.

> *Mulher trabalhar é bom, eu acho isso excelente para a harmonia dentro de casa* [no caso, a mulher não trabalhava fora de casa]. *Como agora, no caso do cara ter de ficar dentro de casa. Ela sai e volta e tudo se renova. No caso dos dois ficarem encerrados em casa, chega o ponto que não dá certo.* (Trabalhador 1)

> *Tem dias que eu faço a comida toda, desde que ela começou a trabalha; antes ela fazia tudo e eu nem me imaginava cozinhando.* (Trabalhador 2)

As representações do trabalho masculino e feminino quanto aos papéis sexuados tornam-se, como afirmamos, relativizados e transformados. O espaço do privado, para o qual o trabalhador homem é remetido no momento da doença, faz com que os condicionantes da dominação masculina revertam em dependência do feminino. Trata-se da violência simbólica (Bourdieu, 1994:6) repercutindo sobre o homem que, por

adoecer, deixa de cumprir com suas 'obrigações' de trabalhador, ou seja, a incapacidade implica valoração social negativa, incoerente com os atributos masculinos. O homem que não trabalha, que adoeceu devido ao seu trabalho, é vislumbrado como fraco e tem menos valor que aquele que resiste e vence o trabalho duro, perigoso, insalubre e arriscado.[4] Bourdieu, ao tratar da dominação masculina e da violência simbólica necessária para instaurá-la e mantê-la, considera que:

> *Quando os dominados aplicam os mecanismos ou as forças que os dominam aos dominantes, ou, muito simplesmente, categorias que são produto da dominação ou, em outros termos, quando suas consciências e seus inconscientes são estruturados de acordo com as estruturas mesmas da relação de dominação que lhes é imposta, seus atos de conhecimento são, inevitavelmente, atos de reconhecimento da dupla imposição, objetiva e subjetiva, do arbitrário do qual constituem o objeto. Isto posto, a indeterminação parcial de alguns elementos do sistema mítico-ritual, do ponto de vista da distinção mesma entre o masculino e o feminino que está no fundamento de sua ação simbólica, pode servir de ponto de apoio a reinterpretações antagônicas pelas quais os dominados adotam uma forma de revanche contra o efeito da imposição simbólica.* (Bourdieu, 1990:12)

Os trabalhadores, ao adoecerem, passam a ser 'marcados' nos grupos de origem; cria-se uma ideologia da culpabilização imposta, com o isolamento dos indivíduos que se acidentam. Trata-se de mecanismo de defesa coletivo dos trabalhadores (Dejours, 1987) – além de estratégia das empresas –, pelo qual os trabalhadores ativos estabelecem marca de diferença com relação àqueles que adoeceram e se acidentaram e, desta forma, passam a negar o risco, o que permite que se continue atuando em profissão arriscada e perigosa. As empresas, mediante as chefias diretas e os serviços médicos, utilizam-se desta 'ideologia da culpabilização individual' e reforçam o isolamento do trabalhador como forma de ocultar as condições de risco sob as quais se dá o trabalho em questão.

O Estado, por meio da Previdência Social[5] e de seus peritos, na visão dos trabalhadores, tem por função pôr em dúvida a incapacidade e o nexo causal da doença ou do acidente com o trabalho, sendo considerado pelos trabalhadores como extensão das empresas. Os trabalhadores avaliam:

> *O INSS faz o jogo da empresa.* (Trabalhador 1)

> *O perito me disse que tinha ordens superiores para dar alta aos pacientes do Pólo e vários colegas confirmaram.* (Trabalhador 2)

> *O meu chefe me disse que estava me demitindo pois eu estava mais preocupado com a saúde que com o trabalho.* (Trabalhador 3)

A suspeita coloca os trabalhadores em posição subjetiva complicada, pois, ao mesmo tempo que é difícil aceitar o fato de estar doente e, portanto, não cumprir com a norma internalizada do que implica ser homem e trabalhador, os trabalhadores têm também que provar sua incapacidade, uma vez que dependem de julgamento favorável do perito para ter acesso aos direitos constitucionais.

O sentimento comum aos trabalhadores, no que diz respeito às empresas, é o de traição; passam a utilizar expressões de autodesvalorização e referem ter sido transformados em 'coisas descartáveis', 'peças estragadas e facilmente repostas'.

No entanto, quando indagados sobre o futuro – já que vários deles estavam com ações de reintegração contra as empresas –, esses afirmam seu desejo de provar àquelas, aos colegas e aos chefes que não são incapazes, ou então que a própria empresa foi a culpada pelos acidentes ou pelo adoecimento. Podemos entender estas intenções não somente como reivindicações de seus direitos legais e de recompensa financeira, mas também como forma de obter o reconhecimento social de não terem falhado como homens e trabalhadores e, pela via da justiça e da lei, resgatar um lugar de direito, ou seja, o de homem, trabalhador e pai provedor.

Considerações Finais

A estreita relação que se impõe entre ser trabalhador, ser homem, ser pai e responsável pelo sustento da família, como condições constituintes da identidade, do *ethos*, ou ainda, do *habitus* masculino, fazem da vivência da doença e – em particular, no grupo analisado – da incapacidade, com origem no trabalho, uma vivência de sofrimento.

O trabalho tem função estruturante na sociedade; portanto, conforma os indivíduos nos seus vários aspectos, dentre estes 'os gêneros', que também se estruturam a partir da divisão sexual e social do trabalho. Quando momentos de ruptura são experienciados no cotidiano da vida dos indivíduos – conforme, nesse caso, a doença – é que podemos perceber a forma visceral como essas distinções são construídas socialmente.

Temos percebido, com Bourdieu (1990), que a violência simbólica, garantia da dominação masculina, também retorna sobre aqueles homens que adoeceram no enfrentamento com o modelo produtivo e, ao serem remetidos do espaço público para o espaço privado, o do feminino, enfrentam sentimentos de perda, vergonha e culpa.

O grupo estudado demonstra como é difícil sustentar o que Herzlich & Pierret (1991) chamam de identidade construída com base na doença, pois como as autoras afirmam:

> *Ser doente, portanto, torna-se cada vez mais freqüentemente viver com uma doença, ou com um* handicap, *e a doença tende a tornar-se, por ela mesma, uma identidade, e para os outros, uma categoria de percepção social* (Herzlich & Pierret, 1991:82)*

Com a emergência da doença, a luta desses trabalhadores passou a se constituir na tentativa de fuga desta marca, deste estigma social de serem percebidos como doentes do trabalho, incapazes de exercer seus papéis e atributos de homens trabalhadores, tal como inscrito na cultura das classes trabalhadoras e imposto pela ordem social.

Isto porque o trabalho adquiriu, em nossa sociedade, um valor com contornos sacralizados e sacrificiais; sacralizado por comportar valor moral, qualificando como honestos e valorosos aqueles que trabalham e desonestos e sem valor aqueles que não o fazem; sacrificial porque, em seu nome, em nome da 'produção', milhares de traba-

lhadores adoecem e morrem submetidos a condições perigosas e insalubres. Talvez em razão desta lógica social é que Herzlich & Pierret (1991:90) afirmam que, apesar da importância estatística das doenças e acidentes de trabalho, esse adoecer específico não se faz presente no imaginário coletivo.

Para os trabalhadores entrevistados, a saída encontrada para esta vivência de sofrimento foi o retorno a sua ocupação, pois mostrar-se capaz de produzir tornou-se a única garantia de reconquistar a identidade de trabalhador no mundo público do trabalho; buscaram, portanto, voltar a ocupar o lugar de homem no espaço do público e, por conseqüência, no espaço da casa, da família, do privado.

NOTAS

1 Os dados aqui utilizados como base empírica se encontram descritos integralmente em minha monografia de conclusão, requisito para obtenção do título de especialista em Medicina do Trabalho (Nardi, 1993).

2 Acidente de trabalho, do ponto de vista legal, "é aquele que acontece pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte, perda ou redução, temporária ou permanente da capacidade para o trabalho" (BRASIL, 1991). Doenças do trabalho, ou relacionadas ao trabalho, são aquelas que decorrem do exercício profissional, como por exemplo: intoxicação por chumbo em fábricas de baterias, mercúrio no garimpo do ouro, cromo nas indústrias de cromagem, silicose no jateamento de areia, pneumoconiose nos mineiros de carvão, tenossinovite nos digitadores, alergia ao giz e calo nas cordas vocais nos professores etc.

3 O processo produtivo no Pólo Petroquímico de Triunfo tem algumas peculiaridades descritas por TITTONI (1994). O trabalho é realizado em turnos, pois a produção de derivados de petróleo impõe o fluxo contínuo (24h sobre 24h); em conseqüência, os trabalhadores são divididos em equipes, nas quais o imperativo do grupo é mais intenso. A vida do trabalhador fora da fábrica é organizada em função dos turnos e da equipe, já que, em razão da alternância dos horários, a convivência social, as amizades e o lazer familiar passam a depender de sua disponibilidade. As indústrias do Pólo também ofereciam, no momento da pesquisa, uma série de 'vantagens' ao trabalhador, como: creche, vale-supermercado, convênio médico etc., tornando-o dependente, nas várias esferas da vida privada e familiar, da estrutura 'oferecida' pelo empregador. Podemos vislumbrar que o adoecimento e a conseqüente ruptura com esse vínculo social construído em torno do trabalho assume conseqüências mais agudas, em virtude da extrema ligação do trabalhador com a empresa.

4 Cabe salientar que GUEDES (1992:3) encontrou material etnográfico semelhante, e que TITTONI (1994:166) refere que o trabalhador petroquímico tem, como característica de constituição da identidade de trabalhador, o fato de ser capaz de enfrentar o risco e o perigo constantes de seu processo de trabalho. Não podemos deixar de lembrar que as representações referentes à autoculpabilização do trabalhador pelo acidente ou doença são altamente ideológicas e cumprem sua função ao deslocar a discussão da determinação histórico-social dos processos de saúde/doença na população operária, da exploração da força de trabalho em processos e ambientes ocupacionais penosos para uma relação individualizante, em que o trabalhador é colocado na posição de único culpado pelas estatísticas alarmantes de acidentes de trabalho no Brasil. Encontramos vasta bibliografia

do assunto nos estudos de Laurell & Noriega (1989), Cohn (1985), Oliveira (1991), Mendes (1988), entre outros.

5 Através do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), a Previdência Social é responsável pelo amparo ao trabalhador no momento do adoecimento e dos acidentes profissionais, por meio de tratamento diferenciado da incapacidade por doença comum, ou seja, do Seguro Acidente do Trabalho. Para fornecer o 'benefício acidentário', o perito tem que julgar que existe incapacidade para o trabalho e também que a doença ou o acidente decorrem da função que o trabalhador desempenhava.

* Traduzido do francês pelo autor.

Referências Bibliográficas

Augé, M. Ordre biologique, ordre social: la maladie, forme elementaire de l'evénement. In: Augé, M. & Herzlich, C. *Le Sens du Mal: Anthropologie, Histoire, Sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 1986.

Bourdieu, P. A dominação masculina. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 84, set. 1990. (Tradução de Guacira Lopes Louro – Faculdade de Educação/UFRGS)

Bourdieu, P. Nouvelles réflexions sur la domination masculine. *Cahiers du Gedisst*, (11):91-104, Automne, 1994.

Brasil. *Lei Orgânica da Previdência Social*. Brasília, 1991.

Cohn, A. et al. *Acidentes de Trabalho: uma forma de violência*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

Costa, J. F. *Psicanálise e Contexto Cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapia*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

Dejours, C. *A Loucura do Trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

Dejours, C. & Abdouchely, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: Dejours, C.; Abdouchely, E. & Jayet, C. *Psicodinâmica do Trabalho –contribuições da escola dejourniana à análise das relações prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.

Duarte, L. F. D. *Da Vida Nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas)*. Rio de Janeiro: Zahar/CNPq, 1986.

Guedes, S. L. *Jogo de Corpo: um estudo da construção social de trabalhadores*, 1992. Tese de Doutorado em Antropologia Social, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação/ Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Herzlich, C. & Pierret, J. *Malades d'Hier, Malades d'Áujourd'hui*. 2.ed. Paris: Payot, 1991.

Laurell, A. C. & Noriega, M. *Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.

Leal, O. F. Benzedeiras e bruxas: sexo, gênero e sistema de cura tradicional. *Cadernos de Antropologia*, (5):7-21, 1992.

Mendes, R. Subsídios para o debate em torno da revisão do atual modelo de organização da Saúde Ocupacional no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 16(64):7-25, out./dez. 1988.

Minayo, M. C. de S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São

Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

NARDI, H. C. *A Vivência do Afastamento por doença do Trabalho: sofrimento e identidade*, 1993. 39p. Monografia de conclusão do V Curso de Especialização em Medicina do Trabalho, Porto Alegre: Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

NARDI, H. C. & TITTONI, J. As relações saber-poder na discussão sobre subjetividade e trabalho. *Cadernos de Sociologia*, 7, mar./jun. 1995.

OLIVEIRA, P. A. B. *Cursos para Membros da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho Realizados em Porto Alegre: desvelamento de uma intencionalidade*, 1991. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica.

SILVA, E. S. Psicopatologia da recessão e do desemprego. *Travessia*, (16):17-22, 1993.

TITTONI, J. *Subjetividade e Trabalho: a experiência do trabalho e sua expressão na vida do trabalhador fora da fábrica.* Porto Alegre: Ortiz, 1994.

6

Corpo Doente: estudo acerca da percepção corporal da tuberculose

Helen D. Gonçalves

O principal objetivo deste trabalho consiste na tentativa de entender os motivos que levaram pacientes tuberculosos a abandonar seu tratamento, fundando-se em suas percepções corporais. Busca-se compreender se a corporalidade da doença, ou seja, se o espaço manifesto e percebido da doença no corpo está influenciando ou não essa desistência. A enfermidade tem modo próprio de manifestação no corpo e, nele, encontra seu espaço. O corpo, enquanto local onde ocorrem as manifestações, as lesões e as percepções das alterações dos sólidos e dos líquidos, será discutido em razão de uma determinada doença – a tuberculose.

Foram entrevistados homens e mulheres, pacientes da unidade de tisiologia do centro de saúde e moradores, em sua grande maioria, de bairros populares da periferia de uma cidade de porte médio, localizada na região sul do estado do Rio Grande do Sul. De cunho qualitativo, a pesquisa[1] toma por base o método etnográfico; iniciada em setembro de 1994, foi interrompida em fevereiro de 1995. No decorrer da mesma, também foram entrevistados os profissionais da saúde que prestaram atendimento aos tuberculosos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1990 ocorreram oito milhões de novos casos de tuberculose no mundo, sendo 95% em países subdesenvolvidos e 5% nos industrializados. O mais preocupante é o fato de que acontecem cerca de três milhões de mortes causadas por esta moléstia, em um ano, no mundo. Este índice pode aumentar, devido à inter-relação da AIDS com a tuberculose – quatro milhões de infectados com HIV e tuberculose, em 1992. Se, por um lado, o tratamento medicamentoso é eficaz no combate ao bacilo de Koch, responsável pela doença, a não-adesão ao mesmo é apontada como das mais graves falhas nos programas de combate a este mal. O bacilo adquire certa resistência aos medicamentos naqueles pacientes que dele são portadores – sendo, portanto, agentes transmissores –, mas que desistem de se tratar.

A descoberta do microorganismo causador da tuberculose deu-se em 1882, pelo cientista Robert Koch. Na época o tratamento era bastante variado, abrangendo desde os mais estranhos modos de cura até os mais recomendáveis ainda hoje. Os

métodos eram colocados em prática e descartados após várias tentativas. Entre outros, o sangramento e as drogas contendo sais de arsênico ou ouro foram utilizadas para cura. São lembranças de um tempo em que a doença era considerada como "metáfora do mal" (cf. Helman, 1994:112), carregada de associações simbólicas que ainda hoje perduram. Como salienta Sontag (1984:39-40), a tuberculose, no século XVIII e XIX, era atribuída a paixão reprimida, a personalidades românticas, tendo até mesmo sido considerado o aspecto do corpo do tuberculoso como "novo modelo de aparência aristocrática, no momento em que a aristocracia deixa de ser uma condição de poder e começa a constituir principalmente um problema de imagem".

Os sanatórios, no início do século XX, representavam uma possibilidade de cura daquele mal. Eram locais onde o verde das plantas e o ar puro eram abundantes. O contato direto com a natureza fazia parte desse processo de cura. Para a Medicina, a natureza e o meio ambiente eram causadores de efeitos que podiam ser positivos ou negativos à doença, influenciavam os humores corporais e ajudavam no pronto restabelecimento do enfermo (cf. Foucault, 1985:107).

As dietas alimentares e o repouso ainda hoje são aconselhados. Com a evolução da Medicina, o esquema de tratamento passou a ser realizado mediante a associação de drogas recém-descobertas, em dosagens preestabelecidas e ingeridas por período determinado. No Rio Grande do Sul, o Programa de Controle da Tuberculose (PCT/RS) existe desde 1971, tendo sido implantado genericamente, em 1975, com a adesão dos pacientes do atual Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Depois disso, passaram-se 20 anos, no mínimo, sem que o mesmo tenha sido modificado.

O Que Significa Adesão?

O tratamento da tuberculose apresenta a peculiaridade de ser administrado exclusivamente por uma unidade de saúde na cidade, único local a distribuir medicamentos aos doentes que deles necessitam. Neste sentido, o tratamento e a cura são de responsabilidade de órgão público, o qual deverá garantir, além de medicamentos, assistência médica e hospitalar ao tuberculoso. Torna-se inevitável o contato com o local e com os profissionais responsáveis. Os pacientes, gostando ou não do atendimento e do tratamento, se vêem obrigados a aceitar as condições que lhes são colocadas. Em alguns casos, o paciente recorre ao médico de sua confiança, não querendo abrir mão dele, para realizar o acompanhamento do tratamento determinado por outros profissionais.

Na Medicina, a adesão (*compliance*) é vista como "'obediência' do paciente" (cf. Kern, 1993:34 – grifo meu), abrangendo desde a forma com que este administra a ingestão dos medicamentos até "padrões comportamentais já profundamente estabelecidos". Para os informantes, aderir ao tratamento consiste em tomar os medicamentos da melhor maneira, ou seja, muitos evitam tomá-los da forma prescrita pelo médico, na intenção de amenizar efeitos colaterais. Alguns não ingerem a medicação diariamente, alegando que os remédios são muito ruins, grandes e provocam vômitos.

A noção de prejuízo ao tratamento por não tomar a medicação como prescrita não existe para a grande maioria dos entrevistados. Para eles, como o tratamento é longo[2] – tempo mínimo de seis meses –, o fato de passar um ou dois dias, até mesmo uma semana, sem tomar os medicamentos não altera os resultados quanto ao processo de cura. Logo, ao retornarem à unidade de saúde para receber mais medicamentos, tais pacientes omitem a maneira pela qual os administram, sabedores de que, ao contar ao médico do local, estarão assumindo sua não-adesão ou 'desobediência' (*non-compliance*) ao tratamento.

Uma das formas que o médico tem, ou pensa ter, de controle é o fato de o paciente ser obrigado a ir à unidade de saúde para a retirada dos medicamentos, uma vez que lhes são entregues mensalmente, em quantidade suficiente para a ingestão durante 30 dias. Assim, aqueles que não comparecem na data previamente marcada, a contar um mês depois da última retirada dos remédios, estão burlando o próprio tratamento. Há casos em que o tuberculoso esconde até dos familiares o fato de não estar tomando os medicamentos que deveria. Mas como aqueles familiares[3] que participam do tratamento sabem ao certo qual o dia em que o paciente deverá buscar a medicação, assim faz o doente – obedece; vai até a unidade de saúde e retira, sem ter ingerido o que deveria no mês anterior. Portanto, neste aspecto, o programa de tratamento não tem qualquer controle, exceto nos casos em que os exames acusam a estagnação ou a piora do quadro clínico, levando os médicos a suspeitar de tais ocorrências.

Outros fatores relacionados ao tipo de tratamento oferecido ao tuberculoso são instigantes para que se possa entender as atitudes dos informantes. A interrupção prematura por abandono do processo de cura, em razão do tipo de serviço oferecido, pontua algumas características: em primeiro lugar, o que chama a atenção no tratamento é o fato de ser totalmente custeado pelo governo. Os tuberculosos não têm gastos com medicamentos ou exames. A medicação não é encontrada em farmácias locais; é controlada e distribuída pelo governo. Em segundo, há na cidade uma unidade específica com profissionais treinados e à disposição dos doentes, em tempo integral, para atendimento e esclarecimentos de dúvidas. Em terceiro, o paciente não necessita enfrentar filas ou mesmo retirar fichas para atendimento, uma vez que sempre há equipe no local. Em quarto lugar, pode-se pensar que o tratamento medicamentoso deve ser muito complicado e que, portanto, acabe por desestimular o paciente a concluí-lo; no entanto, a prescrição para casos não tão avançados é por via oral, com comprimidos e cápsulas que devem ser ingeridas diariamente. Evidentemente que mais questões podem ser discutidas. Mas, até então, podemos indagar: onde está o motivo da não-adesão?

Na cidade pesquisada, um levantamento prévio dos pacientes inscritos (n=162) no programa, no período de um ano, mostrou que um total de 37 pessoas abandonou o tratamento, número de não-adesão que se pode julgar estatisticamente alto. Foi considerado abandono quando o paciente não compareceu por mais de 30 dias à unidade de saúde para exames ou retirada dos medicamentos.

Observou-se que, no terceiro e quarto mês, ocorreu maior índice de não-adesão ao programa da tuberculose. Há alguma mudança no tratamento durante este período?

Sim, há. Ao final do segundo mês, de modo geral, o esquema terapêutico é alterado nos casos de tuberculose pulmonar ou extrapulmonar em adultos ou crianças – é reduzido em mais da metade o número de comprimidos e cápsulas a serem ingeridos diariamente pelo tuberculoso –, passando-se de seis medicamentos diários para apenas dois. Na primeira fase desse esquema, ou seja, nos dois primeiros meses, o número total de remédios que devem ser ingeridos é de 360 (entre cápsulas e comprimidos). Como é tomada esta medicação? Até que ponto o doente manipula seu tratamento? Além disso, com a ingestão dos medicamentos desaparecem, em geral, sinais como o emagrecimento, a falta de apetite, a tosse, a febre, o catarro, o sangue no escarro, os suores à noite – tudo isto ao final do segundo mês. Então, seria por esse motivo que as pessoas, não sentindo mais com a mesma intensidade os sinais e os sintomas da doença, acreditariam não necessitar mais de remédios, enfim, do tratamento e, em conseqüência, deixariam de comparecer à unidade de saúde para retirada dos mesmos?

Especificando melhor a hipótese de trabalho, poder-se-ia dizer que a maior ou menor intensidade dos sintomas corporais percebidos e atribuídos à tuberculose influenciam diretamente o término do tratamento, exercendo, portanto, efeitos que se refletem na cura ou na cronicidade da doença. Igualmente, a forma como o tuberculoso adere ou não às regras terapêuticas do Programa de Controle da Tuberculose seria determinada por fatores tais como: a representação que familiares ou colegas e amigos têm do próprio doente – homem/trabalho/honra, a aceitação de estar doente e a relação médico-paciente –, em vista de suas peculiaridades.

Foucault (1994:13) argumenta que "a percepção da doença no doente supõe, portanto, um olhar qualitativo; para apreender a doença é preciso olhar onde há secura, ardor, excitação, onde há umidade, ingurgitamento, debilidade". Neste sentido, os informantes percebem a movimentação dos fluidos, dos humores, de maneira diferente do que consideram o normal da movimentação, da fisicalidade cotidiana do corpo, mas que diz respeito a uma doença que tem características próprias, as quais tomam corpo específico, em local específico. Em alguns depoimentos, no entanto, pode-se perceber que há desconfiança no que concerne à veracidade do diagnóstico médico, em razão de o paciente não compreender que o bacilo responsável pela enfermidade possa alojar-se em outros órgãos que não exclusivamente o pulmão.

Pode-se destacar duas tipologias de pacientes: os que completam e os que não completam o tratamento dentro do prazo previsto pelos agentes de saúde. Entre estas, é preciso fazer uma diferenciação. Aqueles que completaram/aderiram ao tratamento compareceram à unidade de saúde em todos os meses de acompanhamento da pesquisa. No caso dos pacientes denominados faltosos, faz-se importante a seguinte divisão: os que não aderiram ao tratamento são aqueles que por mais de 30 dias não compareceram para a retirada dos medicamentos ou aqueles que, por algum motivo, não compareceram durante o mesmo período, mas retornaram ao tratamento. Em vista das características do Programa de Controle da Tuberculose, será abordada a questão tão debatida pela Antropologia médica – a relação médico-paciente.

(IN)EVITÁVEL: MÉDICOS E ABANDONOS

Kleinman (1980) chama a atenção para uma importante questão no que diz respeito à Antropologia médica. Dentro de um sistema de atenção à saúde, os pacientes e os agentes de saúde não podem ser entendidos fora de seu contexto, estando, por conseguinte, imbricados com significados culturais e relações sociais específicas do meio sociocultural. Logo, o estudo da enfermidade, do mal-estar (*illness*) e da cura passará, necessariamente, por uma análise do sistema de atenção à saúde.

> *Pacientes e agentes de cura são componentes básicos de tais sistemas e, desse modo, inserem-se em uma configuração específica de significados culturais e de relações sociais. Não podem ser compreendidos separados deste contexto. Enfermidade e processo de cura também conformam parte do sistema de atenção – cuidado – à saúde. Dentro desse sistema, articulam-se como experiências e atividades culturalmente constituídas. No contexto da cultura, o estudo dos pacientes e dos agentes de cura, e da enfermidade e do processo de cura, deve, portanto, iniciar com uma análise dos sistemas de atenção* (cuidado) *à saúde.* (Kleinman, 1980:24-25 – tradução minha)[4]

O mesmo autor define, como modelo explanatório, as 'noções' acerca de um "episódio de distúrbio corporal (perturbação) e seu tratamento", compreendidos todos os participantes nesse processo (Kleinman, 1980:105). Neste sentido, a relação médico-paciente em serviços públicos é comumente discutida e criticada. Tomando por base a importância do agente de saúde e do paciente no processo de reconhecimento da doença e de cura – em especial no caso da tuberculose, em que tais relações são inevitáveis –, torna-se relevante a análise desta relação. São três os médicos do serviço de saúde responsáveis pelo atendimento feito através do PCT/RS e, ainda, por todos os tuberculosos diagnosticados em Porto Alegre. Partindo deste raciocínio, pode-se suspeitar que algumas relações devem ser realmente muito complicadas, pois não há uniformidade de opiniões e nem de preferências, mas sim um padrão de atendimento e de tratamento impostos pelo Programa de Controle da Tuberculose.

Ao freqüentar a unidade de saúde, pode-se perceber que as consultas são rápidas, pois os 'candidatos' a ingresso no programa não demoram mais que cinco minutos dentro da sala do médico. Um dos dois consultórios tem uma pequena abertura – sem vidros – que permite a quem estiver na sala ao lado, a da recepção, escutar todo o desenrolar da consulta. Além disso, a porta da sala quase nunca é fechada durante o atendimento. O paciente senta em frente a uma pequena mesa do médico e deve, num exíguo espaço de tempo, explicar o que vem sentindo. São pessoas que ali comparecem ou por trazerem consigo encaminhamentos de um hospital, posto de saúde, médico particular, ou por já conhecerem o serviço e estarem desconfiadas de algum problema no pulmão – que é a forma mais comumente conhecida da doença. Foi observado que, durante a consulta, os médicos falavam em tom mais alto que seus pacientes – na verdade, alguns destes últimos quase sussurravam. Uma informante falou do incômodo

que sentia ao ter que narrar suas dores e intimidades enquanto 'todos' na sala de espera a escutavam.

O médico, detentor de um poder legitimado pela 'sabedoria' científica, ao diagnosticar a doença que originou o mal-estar do paciente, principalmente em grupos populares, tem em seu poder a possibilidade de sensibilizá-lo moralmente, o qual, por sua vez, desconhece a história do médico. Mais claramente, este doente, ao chegar ao local de consulta, muitas vezes não conhece o médico que vai atendê-lo, não sabe se a maneira pelo qual foi atendido faz parte da conduta 'normal' desse profissional; não domina a Medicina e seu vocabulário científico. No caso da tuberculose, por exemplo, os pacientes entrevistados não conseguiram pronunciar corretamente o nome do exame de escarro e o dos medicamentos, terminando por especificar os remédios pela cor e tamanho. Quanto ao exame de baciloscopia – nome complicado, realmente – explicavam-no como aquele que tem que "guspir em um pote".

Boltanski (1979:136) destaca a assimetria da relação médico-paciente quando a informação das suas prescrições durante a consulta "é tanto menos importante quanto mais baixo o doente estiver situado na hierarquia social, ou seja, quando são mais fracos sua aptidão a compreender e manipular a língua científica utilizada pelo médico", concretizando, assim, uma relação autoritária, na qual o médico sente-se no direito de se abster de maiores explicações por tratar-se de pessoas que não o irão compreender claramente. No momento da consulta, diante da fragilidade provocada pela doença, são manifestadas, quase sempre, avaliações e dimensões sociais bastante precisas, tais como as condições socioeconômicas, psicológicas e cognitivas do paciente.

A automedicação também ocorre. As pessoas, ao sentirem que o remédio prescrito lhes provoca novos sintomas, procuram conciliá-los com outros, mais novos. De certa maneira, a atitude de se automedicar demonstra a não passividade ante o poder médico, o que pressupõe a existência de interpretação prévia e posterior daquela fornecida pelo médico para seus sinais, mesmo sem domínio da linguagem médico-científica. Desta forma, os doentes determinam o que é mais apropriado tomar ou fazer em algumas circunstâncias.

Um ponto importante dentro desta relação é quando o médico encaminha o paciente para a perícia do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e lá se constata a incapacidade – quase sempre temporária – para o trabalho, em conseqüência da doença. O doente, se exerce alguma atividade laboral, está dispensado legalmente, da mesma forma que também tem o direito de receber benefício financeiro enquanto estiver afastado de sua atividade. Diante disso, os funcionários da unidade de saúde não compreendem porque o paciente não mais retorna ao tratamento, visto que foi afastado para tal e acreditam que está, via de regra, recebendo salário; mas é justamente aí que se enganam. Um claro exemplo da dimensão deste encontro entre os poderes, as decisões, as mudanças neste processo de cura é o de Felipe, que, passados três meses de 'encosto' pelo INSS, não recebeu nenhum benefício:

> *Vai viver do que então? Se o médico diz: – Não, tu faz a medicação direitinho, não fica sem tomar os remédios, te cuida em casa.*
>
> *Aí, eu gostaria de perguntar para ele: – Quem é que vai sustentar os meus filhos? Agora mesmo eu tive que ir sair aí, dias de chuva, eu tive que sair para*

fazer alguma coisa, para poder... não é nada, não é nada, eu pago aluguel, dois litros de leite por dia, a gente que é pobre né, não é fácil! (...) Agora eu tô arriscando ir para a rua, a perder a casa... (Felipe, 31 anos, soldador)

O tratamento não foi concluído. Ele o abandonou quando estava no terceiro mês, justamente quando não mais sentia os sinais atribuídos à doença – passou a tosse, voltou a engordar, suas forças e disposição estavam sendo recuperadas. Seu raciocínio fora: já que melhorara, por que precisaria ainda dos remédios e dos médicos?

A volta ao trabalho recria situação de estabilidade, significa a retomada do papel de homem ideal imposto socialmente, enquanto figura ativa, capaz de manter família e de conservar em seu poder tal responsabilidade. Ante a impossibilidade física imposta pela tuberculose, este papel masculino, de provedor, é alterado. Sua honra é atingida. Bourdieu (1990:172), analisando a honra na sociedade Cabília, argumenta que "a honra de um homem é a sua própria honra. Aquele que perdeu a honra não existe. Deixa de existir para outros e, ao mesmo tempo, para si próprio". O código de honra define o lugar e os papéis sociais do homem e da mulher na sociedade. As expectativas em relação a estes papéis sociais determinarão sua maneira de agir. Nesta dimensão, o programa não tem alcance.

Outro comportamento comum, depois daquele da decepção com o atendimento aliada ao tratamento prolongado, é o abandono temporário, ou melhor, o paciente não toma a medicação por mais de 15 dias consecutivos, chegando a ficar meses sem ingeri-la. Quando o corpo emite sinais, sintomas que já foram uma vez atribuídos à doença, ele então retorna ao programa para recomeçar o tratamento. Alguns ficam muitos anos neste ciclo: – "Velhos fregueses nossos", diz uma funcionária do local.

Há aqueles que, preocupados com seus corpos, seguem rigorosamente as prescrições e acabam por atribuir novo sentido à vida. Modificam atitudes que acreditam ter contribuído para a doença. Seguem aconselhamento médico sem questionamentos que porventura poderiam interromper o processo de cura. Borges (1995:368) percebeu em sua pesquisa, de forma semelhante, a respeito de pacientes com insuficiência renal crônica – dependentes da hemodiálise –, a idéia de doença como 'destino', sendo recorrente nos discursos dos seus informantes o 'tinha que acontecer', ou seja, a enfermidade é vista como inevitável e, em associação a essa idéia, é comum o sentimento de que a doença aconteceu para que o indivíduo pudesse 'refletir sobre sua vida'.

Não é raro escutar dos pacientes que, na tuberculose pulmonar, o órgão afetado "está cheio de cavernas",[5] "de buracos"; falam daquele local – cavernas no pulmão – onde há uma apropriação indevida de um espaço – pulmão –, a qual danificou o restante – o corpo que emagrece, que se modifica –, sendo o âmbito onde se travará uma luta contra o agressor, o bacilo. Percebido como fragilizado, o corpo necessita de fortes medicamentos para superar as manifestações da tuberculose. Considerada atemorizante, a doença requer cuidados além dos prescritos pelos médicos da unidade de saúde. Dentre outros, há o repouso absoluto, a alimentação, exames mensais com médico escolhido, evitar calor e frio demasiado. Com uma preocupação e uma maior apreensão relativa a seu próprio corpo, é comum encontrar-se este tipo de depoimento nos pacientes que aderiram ao tratamento.

Os que não mais compareceram ao local em que se tratavam, ou seja, aqueles que começam a se tratar e não retornam são, geralmente, pessoas com sérios problemas, tais como: alcoolismo, distúrbios psiquiátricos, AIDS ou indigência. Nestes casos, a forma como o tratamento é administrado se torna incompatível com o modo de vida do indivíduo. Alguns, por pressão de seus familiares, conseguem prosseguir por maior tempo que os que não contam com tal ajuda. Neste aspecto, os agentes de saúde ficam impossibilitados de atuar, uma vez que nem mesmo residência fixa muitos desses doentes têm, perdendo-se assim mais facilmente o contato. Quando são internados, os que possuem distúrbios psiquiátricos prosseguem seu tratamento na instituição que os acolheu.

Modificações no Corpo

Segundo os informantes, a fraqueza do corpo em decorrência dos problemas nos pulmões esteve, em princípio, associada à pouca alimentação e, conseqüentemente, ao emagrecimento; com base nestas percepções corporais alteradas, recorriam a instituições de saúde ou religiosas e, por fim – encaminhados pelas mesmas ou aconselhados por parentes ou amigos –, começavam o tratamento ao ser diagnosticada a tuberculose. Como não é comum o diagnóstico médico desta doença,[6] muitos dos pacientes, antes de chegar ao local, já haviam se tratado, em geral de pneumonia, o que agrava ainda mais o quadro clínico, pela demora do diagnóstico.

> *A gente pega, né, de não comer também. Sim, se não comer fica, né. (...) eu não tinha mais sangue nas veias (...) a pessoa que aplicava as injeções* [para pneumonia] *ficava apavorada, porque eu não tinha mais músculo, era só pele e osso (...) a agulha da injeção encostou no osso.* (Cintia, 26 anos, dona de casa)

> *... uma fraqueza, uma anemia muito grande, e não queria comer, aí atacou os pulmões* [era] *um princípio de tuberculose.* (marido de Cintia)

Essa paciente parou o tratamento no segundo mês, quando sentiu que voltara a engordar e a recuperar a força. Tomar remédios era visto quase como castigo; escondia do marido que não estava seguindo o método para se curar; quando ingeria a medicação, sentia-se mal por seus efeitos colaterais. Com quantidade suficiente para apenas um mês, os medicamentos chegaram a 'render' até três meses. Mas o retorno de sua preocupação não demorou ante as mudanças corporais, que se acentuaram; 'nervosa', emagreceu.

Segundo Helman (1994:116), "os fatores culturais determinam quais os sinais ou sintomas que são percebidos como anormais; eles também ajudam a dar forma às mudanças físicas e emocionais difusas, colocando-as dentro de um padrão identificável tanto para a vítima quanto para as pessoas que a cercam". No caso de Cintia, a fraqueza estava relacionada ao enfraquecimento do corpo, à falta de apetite e pelo fato de ter perdido muito sangue por causa de um aborto involuntário. Apesar da importância da alimentação, ela acreditava que outras implicações pudessem ter ocorrido – 'fraqueza de espírito', por exemplo. Um novo fator surge então:

l.. lá me salvaram, eles que me salvaram [terreiro de umbanda]. *Que eu não tinha sangue (...) Um dia de manhã eu fui tirar sangue, a primeira vez que eu fui tirar sangue, e eles me furaram duas veias – aí ele falou que eu não tinha sangue... o enfermeiro – aí eu disse para mãe que eu não tinha sangue – não é sangue, como é que é?.. eu tinha demais... ah, me esqueci o nome que a gente tem, aí ela mandou eu tomar sei lá o quê (...)*

Eles [terreiro] *mandaram a mãe comprar uma pomba. Aí a mãe comprou e fez (...). Matou a pomba em cima de mim. Aí passa o sangue da pomba em meu corpo todinho. Aí foi indo, foi indo que os vermelhinhos (...) que eu só tinha glóbulos brancos, brancos...*

Aí tá, a minha camiseta está lá (...) Tinha que deixar, se eu tirar de lá acho que volta de novo. Aí a mãe ia falar com ela [mãe-de-santo] *que eu estava magra – mas eu gosto mais de terreira, eu não sou muito de igreja (...) Eu fui saber que eu tinha esta doença quando o doutor falou, quando mostrei a chapa* [radiografia] *pra ele...*

Foi que... eu caminhava bem devagarinho e aí, pum [cansava]. *Eu caminhava bem devagarinho, eu não podia correr. Aí o dia que eu fiz isso eu fui numa rapidez para casa que nem senti. E a mãe disse: – Ué, viemos rápido! Eu nem senti. (...) Sábado eu encontrei um ex-namorado meu lá na mãe né, e ele é de terreira, ele está desenvolvendo, ele não podia olhar pra mim que tinha uma coisa ruim do meu lado – ele não me olhava! Ele não me olhava: – Ah, tem uma coisa tão ruim do lado dela que eu nem consigo olhar pra ela! (...)*

Não, ele não pode fazer nada, ele está desenvolvendo. Aí mandou a mãe fazer um remédio pra mim (...) Ovo de codorna, leite-moça – coisa boa, leite-moça. (Cintia, 26 anos, dona de casa)

O relato da entrevistada demonstra que são percebidas diferentes etiologias para as doenças – quando Cintia percebe que sua tuberculose pode ser também de cunho espiritual, procura o local adequado para tentar sarar. O poder de cura não é mais referido aos medicamentos, portanto, não é mais possível curar-se somente com a Medicina. Montero (1985:75) enfatiza que "é exatamente a natureza e a qualidade deste atendimento que está em questão quando eles decidem abandonar tratamentos e remédios substituindo-os com chás, passes e benzeções".

É recorrente a referência à comida; a alimentação 'forte'[7] volta a ser a prescrição mais seguida pela informante, uma vez que, em sua concepção, a doença era não só 'material', mas também 'espiritual', e o espírito, segundo ela, precisa seguir as recomendações de outro espírito mais 'avançado', sejam elas as de derramar sangue sobre o corpo sejam as de mistura de alimentos. Da mesma forma, os tratamentos – espiritual e corpo biológico – complementavam-se de forma eficaz.[8] Observe-se que aqui se emprega os termos 'material' e 'espiritual', no que diz respeito à doença, no mesmo sentido que Loyola (1984). O sangue da pomba, com propriedades especiais – de criar glóbulos vermelhos/sangue –, é incorporado, assimilado pelo corpo receptivo

em ritual de cura religiosa. Com sangue novo – sinônimo de vida – e com a proteção – camiseta deixada no terreiro –, o corpo ficou fortalecido e protegido. Até o último contato feito, Cintia estava no sexto mês de tratamento e faria exames para confirmação de alta médica. Saliente-se que ela não tomava os medicamentos da forma correta – administrava-os a seu modo: às vezes, tomava dois; em outro dia, nenhum.

Duarte (1986) argumenta que, no seu universo de pesquisa, o nervoso está também ligado aos humores corporais e ao "jogo de suas qualidades e relações", sendo fraqueza e força um dos principais núcleos para o estudo. Em um dos exemplos, o autor faz alusão à fraqueza na tuberculose e ressalta três importantes pontos relativos a seus informantes. O primeiro, refere-se ao fato de a origem da doença estar associada ao desgaste físico – força – provocado pelo trabalho ou por prolongada exposição ao frio. Em segundo lugar, em casos crônicos o enfraquecimento – físico-moral – causa impossibilidade absoluta para o trabalho e, além disso, a contaminação e efeitos na descendência estão também associados à imagem do sangue ruim. Por fim, a perda visível de sangue no escarro – ou seja, a perda de força, é associada à perda do sangue.

Estas representações também estão presentes nas narrativas dos informantes com os quais se manteve contato para esta pesquisa. Como, por exemplo, Nilo, caminhoneiro, atualmente borracheiro – por causa da doença –, que contava a sua preocupação quanto a tratar-se corretamente para poder voltar à estrada. Impressionado com a quantidade de sangue que vomitou, tratou de seguir as recomendações médicas.

> *Tive tosse. Só que uma tosse seca, uma tosse meio seca, sem escarro e sem nada, só tosse. (...) É, um dia eu tava abaixado assim e me veio aquele calor assim suspeito, botei mais de um litro de sangue pela boca. Aí passou quatro dias depois e botei mais meio litro e pouco, aí me assustei e fui lá no médico, falei com ele: – não, isso aí é normal nesta doença? (...) Tá, eu vim pra casa e fiz o tratamento, e hoje tem vezes que aparece um sinal de sangue às vezes, aparece aquele sinal, mas pouquinha coisa, coisa mínima que bota pra fora. Mas que não é – claro que isso é da doença. E diz que o doutor é especialista nesta doença. Quer dizer que... agora só tem que fazer o tratamento, porque do mais eu estou bem. E outra que eu tenho muito capricho no tratamento, né, eu me levanto para o café e meus comprimidos estão na minha frente para tomar – nunca falhei um dia, nunca!, nunca falhei um dia. Nunca botei bebida de álcool, coisa que contém álcool na boca. Decaí no peso eu decaí.* (Nilo, 40 anos, caminhoneiro)

Neste depoimento, cinco pontos são relevantes para demonstrar que a percepção da corporalidade da doença é passo importante para a adesão ao tratamento em alguns pacientes: em princípio, uma tosse que ele não associou com algo mais grave por não apresentar nenhum sinal que a diferenciasse; a grande quantidade de sangue expelida pela boca é extremamente preocupante, mostrando a fragilidade do corpo ante a doença; a procura de um médico especialista para constatar sua normalidade (através do sangue) 'dentro' da doença; o cuidado no tratamento – não quebrar as regras; e o peso que não retornou ao 'normal' significa, ainda, a presença da doença. Os humores estão presentes, visíveis enquanto atividades corporais que não se submetem ao controle cultural, mas são percebidos em função de código cultural próprio. A

oposição interno/externo no corpo do doente se faz constante. Por exemplo, estar sentindo-se bem, mas perceber que o peso ainda não voltou ao ideal.

Dentro da família, apenas uma pessoa, além da esposa e do filho, soube da doença. Evitou contar a amigos e a outros familiares, pois não queria viver, esse período, desprezado e prejudicado nos negócios. Tinha muito medo de 'passar' (sangue ruim) para seu único filho: "saber que tem essa doença e que foi transmitido pelo pai ou pela mãe... aí é um fracasso". Enquanto pai, provedor, com imagem de homem forte inabalável, resistiu aos efeitos adversos dos medicamentos: "eu fiquei só uns dias na cama abalado (...) fiquei assim uns 60 dias, não teve dia que eu não tomei". A constante preocupação em conseguir poder voltar ao trabalho e o fato de não colocar a mesma quantidade de sangue e retomar vida normal eram as garantias dadas pela correta forma de se tratar. Recebeu alta por cura depois dos seis meses de tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, procurou-se mostrar uma pequena parte das dinâmicas que envolvem a tuberculose. Pouco divulgada como doença que ainda ocorre em elevados números, para os dias de hoje, por um lado continua sendo, quando diagnosticada, uma moléstia socialmente estigmatizada. Por outro, são as próprias observações/percepções do doente com relação à enfermidade que o levam a concluir ou não o seu tratamento. Apresentando vida própria – patológica –, a tuberculose leva à morte à medida que o 'agressor' encontra espaço no qual vive, alimenta-se, prolifera-se, resiste e mata: o corpo. Foucault (1994:12) enfatiza: "O que faz o 'corpo' essencial da doença se comunicar com o corpo real do doente não são, portanto, nem os pontos de localização, nem os efeitos da duração; é, antes, a qualidade". A comunicação da doença e do corpo se dá por meio da percepção de que algo mudou, e é neste sentido que se procura entender as conseqüências das percepções corporais do paciente na aderência ao tratamento do mal que o acomete.

Não se tem a pretensão de afirmar, com este trabalho, que a percepção corporal da doença é a única responsável por uma pessoa manter-se disciplinada pelas regras impostas dentro do programa de tratamento, mas é preciso salientar que constitui uma categoria importante, segundo a observação feita, e que como tal deve ser vista.

Outras categorias, também importantes, estão interligadas nesses casos para pensarmos acerca da referida adesão ao tratamento. A corporalidade da doença como modo de 'ler' sinais e sintomas corporais se faz presente nos que não aderiram completamente ao tratamento – haja vista que, quando ocorrem novas manifestações da enfermidade, recorrem à unidade de saúde. Apenas se toma a precaução de não incorrer em reducionismo quanto à não-adesão, pois, caso contrário, por que motivo esses '(im)pacientes' retornariam tantas vezes? Não seria mais fácil não depender dos fortes remédios e também dos médicos? No entanto, para que haja cura, o paciente não pode modificar o tratamento; os medicamentos devem ser tomados à risca, diariamente, durante o período recomendado. Todavia, na prática, a Medicina e os programas de

controle quase sempre estão atentos apenas às dimensões físicas da mesma, não observando as diferentes representações e concepções dos pacientes. Assim, para a Medicina, a tuberculose, antes de diagnosticada por exames laboratoriais que atestarão a presença ou não do bacilo, é percebida por um conjunto de indicações, de sintomas, que são iguais em qualquer lugar, tanto no Sul como no Norte. O que não se pode esquecer é que os doentes – tanto os de um mesmo local ou não, no interior de um país, estado ou região – são diferentes entre si, possuem modo próprio de perceber e assimilar, bem como o de atribuir significados aos seus sinais/sintomas. Por conseguinte, deixando de perceber estas dessemelhanças, restringimos a percepção das dimensões socioculturais de doença e saúde.

Notas

1 A pesquisa é também composta por estudo com metodologia quantitativa, cujos coordenadores são a Dra. Ana B. Menezes e o Dr. Juvenal D. Costa.

2 Neste trabalho, não nos deteremos na importante categoria 'tempo' para análise do tratamento da tuberculose.

3 No que se refere à concepção de corpo, podemos pensar que os familiares não compartilham de uma mesma visão, uma vez que discordam do doente quanto à forma inadequada de administrar seu tratamento em comparação com as ordens médicas, não reconhecendo a melhora física/corporal da mesma forma que o tuberculoso.

4 Diferenciação importante nos modelos explanatórios descritos por Kleinman (1980) é entre a enfermidade e doença. Doença (*disease*) consiste em uma disfunção do processo biológico ou psicológico. Enfermidade/mal-estar (*illness*) refere-se às alterações que provocam distúrbio corporal percebido biológica ou psicologicamente e aos percebidos em decorrência da doença (*disease*).

5 Expressão que demonstra a apreensão do discurso médico ao explicar os danos da doença causados ao organismo, e a comprovação quase 'visível' da lesão nas radiografias do pulmão, um dos exames solicitados ao tuberculoso.

6 Segundo Picon et al. (1993:227), "A chave para o diagnóstico de tuberculose é um alto índice de suspeição da doença e a pronta utilização de métodos diagnósticos apropriados".

7 Sobre restrição a alimentos, ver, por exemplo, Douglas (1976), Lévi-Strauss (1976), Duarte (1986) e Motta-Maués (1993).

8 Eficácia no sentido proposto por Lévi-Strauss (1977). Os sistemas de cura são eficazes, tanto na Medicina popular como na Medicina oficial, porque fazem sentido em seu meio sociocultural. Estão diretamente ligados aos simbolismos deste meio social, diretamente ligados à cultura local.

Referências Bibliográficas

Boltanski, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Borges, Z. N. A construção social da doença: um estudo das representações sobre o transplante renal. In: Leal, O. F. (Org.) *Corpo e Significado: ensaios de Antropologia Social*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.

Bourdieu, P. O sentimento da honra na sociedade cabília. In: Pitt-Rivers, J. (Org.) *Honra e Vergonha, Valores das Sociedades Mediterrâneas*. Lisboa: 1990.

Douglas, M. As abominações do Levítico. In: *Pureza e Perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1976.

Duarte, L. F. D. *Da Vida Nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas)*. Rio de Janeiro: Zahar/CNPq, 1986.

Foucault, M. *História da Sexualidade. O Cuidado de Si*. v.3. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

Foucault, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1994.

Helman, C. G. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

Kern, D. E. Obediência do paciente às recomendações médicas. In: Barker, L. R. et al. (Orgs.) *Princípios de Medicina Ambulatorial*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.33-46.

Kleinman, A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.

Lévi-Strauss, C. *Totemismo Hoje*. São Paulo: Abril Cultural, 1976. (Coleção Os Pensadores)

Loyola, M. A. *Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984.

Motta-Maués, M. A. *'Trabalhadeiras' e 'Camarados': relações de gênero, simbolismo e ritualização numa comunidade amazônica*. Belém: Centro de Filosofia e Ciências Humanas/Universidade Federal do Pará, 1993.

Montero, P. *Da Doença à Desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

Picon, P. D. et al. *Tuberculose – Epidemiologia, Diagnóstico e Tratamento em Clínica e Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

Sontag, S. *A Doença como Metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

Parte III

Os Limites da Pessoa

7

Os Corpos Intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais

Eduardo Viana Vargas

Com a derrocada do comunismo na ex-URSS e no Leste Europeu, as drogas passaram a reinar quase absolutas nos domínios dos pesadelos ocidentais, já que acompanhadas apenas de longe pela AIDS e pelo preconceito xenófobo. É desnecessário insistir nas dimensões que o problema das drogas veio a alcançar no mundo contemporâneo. Lembramos apenas que as contabilidades financeira, política e militar envolvidas em tais circuitos crescem na mesma medida alucinante que a dos corpos mutilados, chacinados e siderados pelo uso de entorpecentes. Salientamos também que é cada vez maior a ingerência do Estado nos circuitos das drogas, as quais vêm legitimando pesadas ações de intervenção, inclusive bélicas, em nível internacional ou nacional (intervenção norte-americana na Bolívia, na Colômbia e no Panamá, por exemplo, ou o golpe de Estado no Peru), bem como também a intervenção das drogas no circuito do Estado, através da corrupção generalizada ou sob a forma mais traiçoeira dos conflitos continuados que chegam a abalar a soberania e os poderes constituídos de lugares tão díspares como o Peru, o Afeganistão, Myanma (ex-Birmânia) ou mesmo o Rio de Janeiro.

Neste contexto histórico da 'guerra contra as drogas' – e a contextualização serve, ao menos, para indicar a dimensão estratégica que a questão vem assumindo nas sociedades modernas, ainda mais quando se leva em conta o fato de que esse enfrentamento chega mesmo a assumir um caráter "etnicidário" (Henman, 1986) –, não é demasiado dizer que, quanto a isto, a repressão ao uso e ao tráfico de entorpecentes alcançou escala sem precedentes no mundo moderno.

Parte expressiva desse pesadelo é alimentada pelos inúmeros desdobramentos políticos, econômicos, jurídicos e sociais da condenação moral que, em sociedades como a nossa, pesa quanto ao consumo de certas substâncias. Mas resolve apenas parte do problema dizer que as sociedades contemporâneas declararam, de modo geral e com força nunca antes vista, guerra às drogas, fazendo assim com que estas, diga-se de passagem, se tornassem uma das coisas mais lucrativas e insidiosas deste planeta. Por conta disso é preciso evitar restringir esta questão à dualidade lei/ilegalidade e, conseqüentemente, à polêmica em torno de sua (des)criminalização.

Há várias razões para isso. Primeiro e fundamentalmente, os inúmeros vínculos entre drogas e criminalidade e os problemas que daí decorrem estão na dependência de

um fato básico que tem merecido pouca atenção dos cientistas sociais: o de que um número impressionante de pessoas se sujeita às condições mais adversas, com freqüência colocando em risco a sua vida física e social, no intuito de atualizar, em rotina que chega às beiras da impertinência, uma prática até certo ponto muito pouco convencional: 'consumir' drogas. Encarando o problema das drogas do ponto de vista de seu consumo, o que se verifica efetivamente é o oposto do que seríamos levados a imaginar em princípio. Isto porque, longe de um consumo 'reprimido', por assim dizer, o que se observa à nossa volta é que nunca se 'usou' tantas drogas, ilícitas ou não, como nos dias de hoje: não fosse por isso, o alvoroço em torno da questão não seria tão grande. Mais do que isso, cremos ser possível mesmo dizer que jamais se incitou tanto ao consumo de entorpecentes, nunca seu uso foi tão prescrito e estimulado como nos tempos atuais.

Daí ser necessário precaver-se contra a naturalização da distinção entre as drogas lícitas e as ilícitas e reconhecer um fato aparentemente óbvio, mas cujo impacto na discussão deste problema não tem sido muito considerado pelos especialistas, ou seja, que as drogas não são apenas aquelas substâncias químicas, naturais ou sintetizadas que produzem algum tipo de alteração psíquica ou corporal e cujo uso, em nossa sociedade, é objeto de controle (caso do álcool e do tabaco) ou repressão (caso das drogas ilícitas) por parte do Estado. Mesmo que trivial, é preciso não esquecer que 'drogas são ainda todos os fármacos'.

Disso decorre tal questão não implicar apenas considerações de ordem econômica, política, sociológica ou jurídico-criminal, tendo sido considerado caso 'eminentemente médico' desde que se tornou, em nossa sociedade – o que não faz assim tanto tempo – um real problema de 'drogas'. E as implicações desse vínculo entre drogas e Medicina não são absolutamente desprezíveis, já que os saberes e as práticas médicas foram historicamente investidos, entre nós, na posição de principais instrumentos de legitimação da partilha moral entre as substâncias lícitas e as ilícitas por fornecerem, para a sociedade em geral e com a força da autoridade científica que costumamos emprestar-lhes, os critérios para tal partilha.

Já há algum tempo, as Ciências Sociais vêm se dedicando a pensar os diferentes aspectos desses desdobramentos, tendo produzido, a esse respeito, muita coisa de qualidade;[1] no entanto, ainda são escassas as pesquisas que investiguem o problema das drogas do ponto de vista crítico de suas práticas de consumo e de suas relações com os saberes e as práticas médicas. É por aqui que pretendemos introduzir a investigação.[2]

Considerando a problemática do uso indiscriminado de drogas, seria muito cômodo dizer, como freqüentemente o fazem a Psicologia e o senso comum, que ele se resumiria a uma resposta a determinada crise ou carência qualquer: toma-se remédio porque falta saúde, bebe-se álcool ou toma-se drogas porque falta dinheiro, família, escola, religião, profissão, afeto etc.; ou seja, que o problema das drogas se esgotaria, como Caiafa (1985:17-18) chamara a atenção, enquanto "mero produto de uma precariedade criada por outros". No entanto, Guattari (1985:47) também já alertara contra os perigos de definições negativistas como essa e sugerira que "ao invés de considerar tais fenômenos como respostas coletivas improvisadas a uma carência (...), dever-se-ia estudá-los como uma experimentação social na marra, em grande escala".

Além disso, a manter-se essa perspectiva negativista segundo a qual a carência ou a falta constituem-se a base de qualquer consumo de drogas seria o caso de saber, de um lado, como os homens puderam viver durante tanto tempo sem conhecer a aspirina e uma série de outros medicamentos alopáticos e, de outro, como o consumo de inúmeras substâncias atualmente denominadas 'drogas' pôde ser tão difundido no tempo e no espaço, passando por um espectro de práticas culturais de consumo que vão desde a *amanita muscaria* das tribos siberianas ao Soma hindu, dos cogumelos mexicanos aos cactos e solanáceas pré-colombianos, do tabaco ameríndio ao haxixe cita, do yagé dos índios da selva amazônica ao ayahuasca do Santo Daime, do ópio chinês ao hábito inglês de tomar chá, das folhas de coca mascadas pelos índios dos Andes à maconha e à cocaína consumidas nas metrópoles modernas, entre inúmeras outras.

O consumo de certas substâncias, hoje denominadas 'drogas', com propósitos não apenas medicamentosos parece ter sido, portanto, experiência tão antiga quanto difundida nas sociedades humanas e, pelo que se sabe, foi somente nossa sociedade[3] que 'declarou guerra' a certos tipos de consumo dessas substâncias. Diante de uma ausência e de uma presença tão expressivas, respectivamente no primeiro e no segundo casos, é espantoso acreditar que todas essas práticas só pudessem se realizar enquanto respostas a alguma coisa que lhes seria incomum.

Neste sentido, evitar fazer do consumo de drogas um fenômeno que se reduza à condição de resposta a crises ou carências que lhe são estranhas, implica investigá-lo a partir de suas próprias condições de possibilidade, isto é, de um ponto de vista positivo, epistemologicamente falando. Deste modo, o que se percebe desde logo é que as relações que sociedades como a nossa entretêm com o uso de drogas estão longe de ser unívocas ou monolíticas. De fato, encontramo-nos diante de uma situação singular, posto que paradoxal: à crescente e, em muitos sentidos, inédita repressão ao uso de drogas ilegais adiciona-se a insidiosa incitação ao consumo de drogas legais, quer sob a forma de remédios prescritos pela ordem médica com vistas à produção de corpos saudáveis, quer sob a forma de drogas autoprescritas em virtude dos ideais de beleza (os anoréticos produzindo corpos esbeltos), de habilidade (os esteróides e anabolizantes produzindo corpos de superatletas) ou de 'estado de espírito' (os ansiolíticos e os antidepressivos produzindo corpos serenos, mansos), e, mais ainda, quer do indefectível hábito, tão comum entre nós, de ingerir bebidas alcoólicas, tabaco e café.

Diante disso, cabe ressaltar que a diferenciação entre drogas legais e ilegais não resolve ou anula o paradoxo, posto que a questão envolve, de fato, toda uma cadeia sintagmática que, no plano do consumo, torna práticas vizinhas os usos medicamentosos (feitos sob prescrição médica), paramedicamentosos (autoprescritos ou prescritos por instâncias extramédicas) e não medicamentosos de drogas. E essas práticas podem ser tomadas em um mesmo espaço porque fazem parte de um mesmo campo semântico – o das práticas corporais – que é continuamente atravessado pelos modos como a vida e a morte são experimentadas e concebidas, histórica e culturalmente, pelos homens.

Considerando que sociedades como a nossa fizeram das drogas um problema médico-criminal, e um problema que não diz respeito apenas a sua repressão, mas também à incitação ao seu consumo, talvez se possa dizer que essas disposições médico-legais que cercam a questão configuram uma espécie de 'dispositivo da droga', em

sentido muito próximo ao que Foucault (1982a) estabeleceu para o dispositivo da sexualidade. Problema de repressão e de incitação, a 'droga', tal como o que hoje é o 'sexo', não existiu desde sempre, sendo invenção social recente e muito bem datada. De fato, mais do que apropriar-se da experiência do uso de drogas, o que as sociedades modernas parecem ter feito foi criar literalmente o próprio fenômeno das drogas; e o criaram por duas vias principais: a da medicalização e a da criminalização da experiência do consumo de substâncias que produzem efeitos sobre os corpos e que, até sua prescrição e penalização, não eram consideradas como 'drogas'.

É nesse sentido que aponta Adiala (1986) em ensaio de cunho historiográfico dedicado à análise do processo de criminalização dos entorpecentes no Brasil. Nesse texto, o autor assinala por diversas vezes o quanto a crescente intervenção penal no mundo das drogas – caracterizada, entre outras coisas, por um esmiuçamento classificatório das drogas cujo uso é considerado criminoso; pela criação de estabelecimentos especiais para a internação dos toxicômanos; pela repressão policial ao tráfico ou ao comércio clandestino de entorpecentes; e por acentuada ampliação e especialização do campo de atuação e do poder de intervenção policial neste referido 'mundo' – esteve e ainda está na dependência de estreito vínculo com todo um processo de medicalização que irá extrapolar, em muito, o vasto campo da problemática que envolve a questão.

Mas não é porque os especialistas têm dedicado mais atenção aos inúmeros problemas derivados da penalização das drogas que se deve diminuir a importância do processo de medicalização das mesmas ou deixar a tarefa de analisá-lo apenas sob a responsabilidade dos médicos. Isso porque o compromisso que o saber e as práticas médicas mantêm com o problema das drogas não é dos menores; ele se revela no fato de que são precisamente o saber e as práticas médicas que oferecem os principais argumentos de legitimação da *war on drugs*, a saber, que o consumo não medicamentoso de drogas não é compatível com os ideais de saúde e de bem-estar que a Medicina nos impõe buscar. O fato a destacar é que, se é em nome da saúde dos corpos que o consumo não medicamentoso de drogas é combatido, é também pelo mesmo motivo, em nome dos mesmos corpos, que o consumo medicamentoso de drogas é incitado.

Haveria, portanto, aos olhos da Medicina, e não apenas dela, um consumo de drogas autorizado e um não autorizado, um consumo moralmente qualificado e um desqualificado, os dois intermediados por modalidades paramedicamentosas do consumo de drogas que são, no mínimo, toleradas. E a mesma Medicina é quem vai desempenhar papel decisivo nessa partida, na medida em que é precisamente o discurso médico que vai balizar a determinação do estatuto social das drogas nas sociedades modernas.

Sendo assim, para pensar esse processo de medicalização da experiência do uso de drogas é preciso ter em vista ao menos duas coisas: que, a rigor, a experiência do uso de substâncias convencionalmente denominadas 'drogas' (medicalização que já se impõe na violência dessa convenção) é, enquanto se trate de seu consumo, uma criação da sociedade ocidental e moderna e, enquanto tal, está intimamente relacionada com as formas como as ligações de poder vigoram em sociedades como a nossa; e que as relações que a Medicina mantém com o uso de drogas são bastante ambíguas,

pois abarcam desde os usos medicamentosos destas substâncias – usos prescritos e regulados que, estando de acordo com ordem médica, são tidos por ela como positivos, ou, ao menos, necessários – até os usos excessivos, paramedicamentosos ou não, que, não sendo prescritos nem regulados, são desqualificados pelo saber médico sob a forma de *drug abuse*.

Vejamos, então, qual o papel da Medicina nisso tudo. Como toda disciplina que se pretende 'científica', ela não deixa de 'evocar' suas origens e lá procurar o fundamento de suas práticas atuais. De acordo com o discurso médico, essas origens remontariam à 'noite dos tempos', seja aos imperativos de um 'instinto de cuidar' e um 'desejo de curar' considerados inatos, seja à inabalável e universal luta contra a morte; de qualquer forma, princípios norteadores sobre os quais não caberia qualquer dúvida nem qualquer inquietação. Mas evocar as origens é sempre constituir um mito, um mito de origem e, enquanto tal, sua importância não está no que ele poderia, ou não, informar-nos a respeito da história da Medicina – embora esta insista em fazê-lo passar por sua 'história' –, mas sim no que a evocação desse mito por parte desta disciplina acadêmica nos informa a respeito das condições de funcionamento 'atual' do saber e das práticas médicas. Clavreul já denunciara o caráter mítico e arbitrário dessa proposição quando afirmara que

> *... é somente em função de uma ilusão retrospectiva que vemos, que isolamos certas práticas, atribuindo-lhes uma função terapêutica. Nada nos permite isolar um 'instinto de curar' que seria natural. Ao contrário, pode-se observar que numerosos homens e animais se deixam morrer e, mesmo, suicidam-se ativamente, às vezes coletivamente. (...) É inteiramente artificial isolar (...) certas práticas considerando-as como signos anunciadores de uma prática médica em vias de se instaurar, e localizar outras práticas como fruto de superstições votadas a desaparecer na medida dos progressos da humanidade.* (Clavreul, 1983:65-66)

Segundo Montero (1985), não foi outra coisa o que a Medicina moderna fez quando veio a implantar-se, durante o século XIX, no Brasil, ocasião na qual, em nome do cientificismo, desqualificou como supersticiosas ou amadorísticas as práticas curativas que provinham de tradições distintas às da Medicina ocidental, práticas essas que condenou sob o estigma do charlatanismo. Do ponto de vista médico, essa desqualificação de outras práticas terapêuticas não é gratuita nem infundada, mas tecnicamente verificável, baseada em inquestionável dado de realidade que poderia ser assim sintetizado: existem as doenças e a Medicina cura, senão todas, ao menos boa parte delas; incontestavelmente, cura como nenhuma outra técnica terapêutica. No entanto, questionando a "perigosa ilusão de uma correlação 'natural' entre a intensidade do ato médico e a freqüência das curas", Illich (s/d:26) chamara a atenção para o fato de que a Medicina é impotente para realizar os fins que ela própria a si se afere, tais como aumentar a esperança de vida ou reduzir a morbidade.[4] Mais ainda, mostrara o autor que ela não é apenas impotente, embora tenha a potência de produzir uma série de efeitos iatrogênicos, tais como a medicalização da saúde por intermédio dos expedientes preventivos, a medicalização das categorias sociais, a invasão farmacêutica etc., os quais comprometeriam, desde a raiz, os idealizados propósitos da intervenção do saber e das práticas médicas.

Tendo-se em mente que, se o mito médico da terapêutica e da luta contra a morte nada nos diz a respeito da história da Medicina, se sua importância está em informar-nos sobre as condições atuais de funcionamento dos saberes e das práticas médicas e se, mesmo nesse nível, ele não denota a capacidade desta mesma Medicina para realizar os fins que ela explicitamente a si se afere, visto que a Medicina é impotente para concretizá-los, poder-se-ia perguntar: a que, então, ele se presta? Então, o que se pretende afirmar ao evocar esse mito médico da terapêutica? Diríamos que, não sendo nem a 'história' da Medicina nem sua capacidade para aumentar a esperança de vida ou para reduzir a morbidade, visto que infundada, trata-se de afirmar algo que se vale dessas duas coisas ao mesmo tempo, qual seja, um 'critério extensivo para avaliar a vida'. Esclarecendo: o que parece ser afirmado a partir da evocação desse mito é um dos princípios fundamentais do funcionamento atual das práticas e dos saberes médicos, e não apenas deles, a saber: o princípio da sobrevivência, da salvaguarda, da preservação da vida, o de que não há outra razão para esta a não ser prolongar-se o máximo possível em extensão, princípio este que vê toda a sua historicidade esvanecer-se nesse mesmo mito que o enuncia, naturalizando-o.

No entanto, como bem lembrou Weber (1982) quando discorria, em passagem clássica, sobre a impossibilidade da existência de uma ciência "livre de todas as pressuposições",

> *... a 'pressuposição' geral da Medicina é apresentada trivialmente na afirmação de que a Ciência Médica tem a tarefa de manter a vida como tal e diminuir o sofrimento na medida máxima de suas possibilidades. Não obstante, isso é problemático. Com seus meios, o médico preserva a vida dos que estão mortalmente enfermos, mesmo que o paciente implore a sua libertação da vida, mesmo que seus parentes, para quem a vida do paciente é indigna e para quem o custo de manter essa vida indigna se torna insuportável, lhe assegurem a redenção do sofrimento. (...) Não obstante, as pressuposições da Medicina, e do código penal, impedem ao médico suspender seus esforços terapêuticos. Se a vida vale a pena ser vivida e quando – esta questão não é indagada pela Medicina. A Ciência Natural (...) deixa totalmente de lado, ou faz as suposições que se enquadram nas suas finalidades, se devemos e queremos realmente dominar a vida tecnicamente e se, em última instância, há sentido nisso.* (Weber, 1982:170-171)

E se a Medicina deixa isso de lado é porque ela 'toma como dado' o princípio de que a vida deve ser vivida em extensão. No entanto, a historicidade e a particularidade desse princípio reaparece logo que se considere que estamos diante de fatos relativos à cosmologia da cultura ocidental e moderna e que, por assim dizer, têm o seu 'tamanho'. E o que ela nos apresenta é que, em torno desse mesmo princípio, parecem ter se constituído os fundamentos de pesadas intervenções políticas no espaço mesmo da existência das pessoas, as quais se deram sob a forma aparentemente inócua, saudável mesmo, de um processo geral de medicalização dos corpos e da vida.

Analista desse processo, Foucault (1982b) argumenta que

> *... o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produ-*

ção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A Medicina é uma estratégia bio-política. (Foucault, 1982b:80)

Em outro trabalho, Foucault (1982a:128-132) retoma esse argumento: percebendo que seu desenvolvimento só podia ser garantido "à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos", o capitalismo, mais interessado em produzir forças, fazê-las crescer e ordená-las do que em barrá-las, dobrá-las ou destruí-las, operou uma transformação muito profunda no nível dos mecanismos de poder. Nesse contexto, já não se trata mais de fazer valer o exercício de um poder soberano simbolizado pela lei do gládio, pela velha potência de morte, mas de um poder "que se exerce, positivamente, sobre a vida, que empreende sua gestão, sua majoração, sua multiplicação, o exercício, sobre ela, de controles precisos e regulações de conjunto". Em suma, de um poder que se dedique à "administração dos corpos e à gestão calculista da vida".

Mas o capitalismo não exigiu apenas os métodos de poder capazes de majorar a força de trabalho, as aptidões, a vida em geral e atender, assim, aos reclamos dos aparelhos de produção. Mais do que isso, Foucault (1986:125-152) assinala ainda ter ele exigido também que, ao serem majoradas, nem por isso essas forças se tornassem mais difíceis de sujeitar: daí o desenvolvimento paralelo de toda uma série de técnicas de poder que, agindo no nível dos processos econômicos, incumbem-se de tornar tais forças tão úteis quanto dóceis.

É importante insistir sobre isso ou, mais precisamente, sobre os dois pólos ou as duas formas concretas em que esse poder sobre a vida se desenvolve. Mais uma vez, é ainda Foucault (1982a:131-135) quem chama a atenção para essas duas formas, esses dois pólos concretos desse poder: trata-se, de um lado, de toda uma anátomo-política do corpo humano voltada para o seu adestramento, para a ampliação de suas aptidões, para a extorsão de suas forças, para fazer com que cresçam paralelamente sua utilidade e sua docilidade, para integrá-lo em sistemas de controle eficazes e econômicos – corpo tornado máquina, devidamente individualizado, disciplinado, docilizado; trata-se, de outro lado, de toda uma biopolítica da população que faz, do corpo, um suporte dos processos biológicos, que o transpassa com a mecânica do ser vivo, que o submete a intervenções e controles regulares – corpo tornado organismo, corpo-espécie, devidamente normalizado, modelizado, organizado.

Sob essas duas formas concretas de poder, a recorrência de mesmo procedimento: a entrada dos fenômenos próprios aos corpos e à vida na ordem do saber e do poder, no campo das técnicas políticas. É, pois, para designar "o que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos, e faz do saber/poder um agente de transformação da vida humana", que se pode falar, segundo Foucault (1982a), de "bio-política".

Esse processo de medicalização geral dos corpos e da vida não é, porém, unívoco. Muito pelo contrário, só se revela o sutil e minucioso poder de alcance de sua dimen-

são estratégica caso se leve em conta que é conectando os dois pólos, é fazendo convergir os dois eixos, é enquanto tecnologia política de dupla face, que os saberes e as práticas médicas constituem, inserem-se e fazem funcionar tais dispositivos de saber/poder. Da regulação das populações ou das medidas maciças que visam todo o corpo social (higiene e Saúde Pública, controle sanitário das condições de salubridade do meio, controle das taxas de natalidade e mortalidade da população, entre outras), às constantes e infinitesimais vigilâncias que visam os corpos assim individuados pela extensão dos procedimentos disciplinares às cabeceiras dos leitos dos enfermos e, sob o expediente da prevenção, aos sãos, os saberes e as práticas médicas se entregam, devotadamente solícitos, ao seu mais 'natural' objetivo: feita cavaleira da ciência e do dever, empunhando alto seu mais glorioso estandarte humanista – o da luta contra a morte –, heroicamente ela se aferra à inabalável e inadiável missão de cuidar da vida sob todos os pretextos, de protegê-la e prolongá-la a qualquer preço. Mas é precisamente aqui que o caráter 'natural' ou 'desinteressado' dos cuidados médicos revela-se em sua artificialidade; pois é no mesmo momento em que os saberes e as práticas médicas tomam a vida sob seus cuidados, sob sua proteção, em nome do critério extensivo de preservação da vida, que eles a avaliam, a modelam, a disciplinarizam, preestabelecem seus passos, suas etapas, suas finalidades, seus valores, seus sentidos e negam, como aponta Clavreul (1983:47), "qualquer outra razão de viver que não seja a razão médica que faz viver, eventualmente à força".

Além disso, há que se levar em conta, ainda, que uma das conseqüências mais significativas do desenvolvimento dessas estratégias bio-políticas de gerenciamento da vida, como aponta Foucault (1982a), refere-se à

> *... importância assumida pela atuação da norma, às expensas do sistema jurídico da lei. A lei não pode deixar de ser armada e sua arma por excelência é a morte (...). Mas um poder que tem a tarefa de se encarregar da vida terá necessidade de mecanismos contínuos, reguladores e corretivos. (...) Um poder dessa natureza tem de qualificar, medir, avaliar, hierarquizar, (operar) distribuições em torno de uma norma, (...), distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade. Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida.* (Foucault, 1982a:135)

Semelhante processo de normalização se desenvolve e se legitima enquanto tal, por sua vez, naturalizando o critério extensivo de avaliação da vida, isto é, tomando-o como valor anistórico, supremo e universal, como valor propriamente 'vital'. Tendo isso em vista, tudo se passa então como se viver o maior tempo possível fosse necessidade permanente e essencial, a única digna desse nome, o que acaba por reduzir a vida dos corpos a um normatizado funcionamento orgânico. No entanto, é preciso saber, como apontara Canguilhem (1982:36), que a norma é, antes de mais nada, um juízo de valor ideal, mas segundo Clavreul (1983:73-74) assinala, um juízo de valor que se ancora em certa "imagem do Homem", na imagem do "Homem ideal" que o humanismo produz e ao qual se confere o estatuto de "Homem normal". Mas que Homem normal/ideal é esse?

Outro analista desse processo de medicalização geral dos corpos e da vida, Illich (s/d:123ss) dizia que, avaliando a vida segundo critérios extensivos, o ideal médico do 'bem-estar' também demanda, ao lado da luta contra a morte e pela cura das

doenças, uma luta pela eliminação da dor e do sofrimento. E essa luta tem por instrumento o confisco técnico da dor pelos saberes médicos, a qual, a partir de então, é reificada enquanto índice de reação de um organismo ameaçado em sua saúde, em seu funcionamento normal. Para que tudo vá bem, é preciso, portanto, que a dor se cale, pois sua manifestação, se não personifica o mal, ao menos anuncia sua presença. O fato, porém, é que não é apenas a dor que se deve calar, mas também, e sobretudo, o próprio corpo: não em vão, Leriche dizia e Canguilhem (1982:67) endossava que "a saúde é a vida no silêncio dos órgãos" e que "a doença (...) é aquilo que os faz sofrer". As sensações do corpo passam a ser, por conseguinte, um problema técnico.

O problema, adverte Illich (s/d:50-52 e 123ss), é que esse processo de medicalização da dor, ao responder dessa maneira à acelerada demanda de gestão técnica das sensações do corpo, constituiu, como uma de suas táticas mais significativas, a crescente prescrição do uso medicamentoso de drogas, em especial a dos analgésicos, dos tranqüilizantes, dos antidepressivos e dos ansiolíticos. Illich (s/d:50-52 e 123ss), assim como Dupuy & Karsenty (1979), denomina 'invasão farmacêutica' a essa incitação ao consumo medicamentoso ou paramedicamentoso de drogas legais que assola os habitantes das cidades.[5] No entanto, paralelamente a essa incitação, acompanhando de perto essa invasão, reduzem-se drasticamente os limiares de suportabilidade do sofrimento, tendendo-se à supressão da própria experiência da dor.

Pode-se dizer, então, que um dos múltiplos efeitos de certos consumos de entorpecentes seria a constituição de um fenômeno generalizado de 'analgesia coletiva'. Com ela, a saúde é reduzida à inconsciência do próprio corpo, suprime-se a própria experiência deste ou, ao menos, ilude-se com sua elisão. A frieza, a calculabilidade e a indiferença próprias à atitude *blasé*, tão bem descritas por Simmel (1987), talvez ofereçam bom contraponto espiritual para essa experiência moderna do anestesiamento ou da produção de insensibilismos.[6]

Nesse sentido, é possível dizer que, enquanto parte de uma estratégia concreta de sujeição das experiências dos corpos é que esse processo de medicalização vai articular o dispositivo da droga anteriormente referido. E ele vai articulá-lo, medicalizando duplamente o consumo de drogas, seja à medida que, ao impor impressionante invasão farmacêutica, tanto se apropria de substâncias já conhecidas quanto também cria novas, desde então denominadas de drogas, incentivando e prescrevendo seu consumo na condição de que este, tido como instrumento de cura, se dê conforme a ordem médica. Vale dizer, desde que seu uso ocorra segundo os termos da sobrecodificação normativa que os saberes médicos lhe impõem, seja ainda que os saberes e as práticas médicas – estendendo-se aos usos não medicamentosos de drogas mediante a generalização de imagens apocalípticas e a constituição de todo um apanágio terrorífico de corpos deformados e despedaçados – tornam-se peça fundamental na conversão de todos esses usos em usos doentios, em modalidades anormais ou patológicas de consumo de drogas, as quais, se não forem prevenidas pelas campanhas educacionais, deverão ser devidamente sanadas pelos cuidados médicos oferecidos pelas casas de recuperação de viciados. Nos termos de Illich (s/d:56), "cada vez mais o médico se vê em face de duas categorias de toxicômanos: à primeira ele prescreve drogas que criam hábito; à segunda dispensa cuidados para tratar de pessoas que se intoxicaram por conta própria".

Todavia, se é fundamental não subestimar o papel da Medicina nisso tudo, não tomando a luta contra a morte, a dor e o sofrimento como algo natural ou inquestionável, também é fundamental não superestimar esse papel, seja porque sociedades como a brasileira estão longe de ser assim tão 'disciplinadas', como poderia levar a crer uma aplicação mais apressada do modelo que Foucault desenvolveu pensando no contexto europeu, seja porque, em sociedades como a nossa, o processo de medicalização dos corpos e da vida vê suas ambições monopolistas serem postas em causa continuamente em virtude quer de suas próprias precariedades quer da concorrência de inúmeras outras práticas terapêuticas que o processo de medicalização não conseguiu extinguir. Não fosse assim, seria o caso de saber como práticas como a benzeção, a umbanda, as 'medicinas alternativas' ou as curas 'pela fé', entre inúmeras outras, fazem tanto sucesso entre nós e são capazes de conviver com nosso gosto apurado pelos produtos farmacêuticos.

Daí que, se é possível sustentar a existência de um 'dispositivo da droga' em sociedades como a nossa, de um dispositivo capaz de criar o próprio fenômeno relacionado a isto, enquanto fato extraordinário que goza o paradoxal estatuto social de ser tão reprimido quanto incitado, cremos também ser possível defender que certos consumos paramedicamentosos ou não, de 'drogas', ao se efetivarem às expensas das relações de poder exercidas em nome dos códigos vigentes de Saúde Pública, configuram-se como modalidades dissidentes ou excessivas com relação aos cuidados que os saberes e as práticas médicas recomendam que se deva tomar com a vida, constituindo-se, nessa mesma medida, em 'efeitos perversos do próprio dispositivo da droga'.[7] É, a nosso ver, nessa direção que Illich (s/d:56) aponta quando afirma que

> *... à medida que a analgesia domina, o comportamento e o consumo fazem declinar toda capacidade de enfrentar a dor, índice da capacidade de viver. (Nessas condições) são necessários estimulantes cada vez mais poderosos às pessoas que vivem em uma sociedade anestesiada para terem a impressão de que estão vivas. Os barulhos, os choques, as corridas, as drogas, a violência e o horror constituem, algumas vezes, os únicos estimulantes capazes ainda de suscitar experiência de si mesmo. Em seu paroxismo, uma sociedade analgésica aumenta a demanda de estimulações dolorosas.* (Illich, s/d:140)

E a dor, os índios já o sabiam, como Clastres (1979) muito bem mostrara, é instrumento mnemônico eficaz que, antes de qualquer outra coisa, não nos faz esquecer, ao menos até a inconsciência ou a primeira aspirina, da existência do corpo. Nessa medida é que o problema das drogas aponta para a discussão do que Mauss (1974:211) chamou de 'técnicas corporais', isto é, "as maneiras como os homens, sociedade por sociedade e de uma maneira tradicional, sabem servir-se de seus corpos".

É por conta disso que cabe esclarecer que, se o problema do consumo de entorpecentes é objeto de interesse desta investigação, ele o é tendo em vista que oferece terreno privilegiado para o exame de um problema, a nosso ver, mais fundamental, qual seja, o da produção social, tanto material quanto simbólica, dos corpos humanos, bem como das concepções e experiências de vida e de morte nela implicadas.

Nesse sentido, importa considerar, de um lado, que a questão do estatuto social do consumo de drogas em sociedades como a nossa só se torna inteligível caso se

considere sua relação com as representações e as práticas corporais, ou mais especificamente, caso se leve em conta que os corpos não só são os resultados de engenhos sociais singulares, como também, ou por isso mesmo, podem ser produzidos de diferentes maneiras, nenhuma absolutamente 'normal' ou 'natural'. De outro lado, isso quer dizer, mais especificamente, que nem sempre os homens se servem de seus corpos de maneira ou segundo critérios extensivos, de salvaguarda ou sobrevivência, e que há fortes indícios de que aquilo que a experiência do consumo não medicamentoso de drogas – mas também, e em sentido perigosamente próximo, os esportes radicais que muitos de nós tanto apreciamos, das corridas de Fórmula-1 ao 'surfe-ferroviário' – coloca em jogo são outros modos de produção dos corpos, modos propriamente intensivos, onde o vigor do instante de vida se impõe sobre a duração da vida em extensão.

Em vista disso, torna-se necessário que as discussões em torno do problema do consumo não medicamentoso de drogas não se restrinjam aos termos negativos da condenação médica ou da repressão policial. Em vez de colocar as coisas nesses termos caberia, a nosso ver, analisar este problema do consumo de drogas – lícitas ou ilícitas – sob uma ótica epistemologicamente positiva, onde não se trataria nem de recriminar este consumo nem de fazer sua apologia, mas de operar um deslocamento de perspectivas por meio do qual fosse possível tanto avaliar a 'doença' ou a droga sob o ponto de vista da 'saúde' quanto avaliar a 'saúde' sob o ponto de vista da 'doença' ou da droga. Daí ser necessário buscar essa mobilidade essencial que permite fazer a crítica da 'doença' ou da droga através da 'saúde' e a crítica da 'saúde' através da 'doença' e da droga, em nome, diríamos – ao modo que Deleuze (1985:11-12) fez Nietzsche dizer – nem da 'doença' e das drogas paramedicamentosas ou não, nem da 'saúde' e das drogas medicamentosas, mas de uma 'grande saúde', sem todas essas 'drogas'.

Antes, portanto, de reduzir o problema do consumo medicamentoso ou não de drogas a uma resposta a carência ou a algo que lhe seria estranho, caberia investigá-lo a partir do que ele seria em si mesmo, partindo-se, como já dito, de uma ótica epistemologicamente positiva. Acreditamos ser possível avançar nessa direção investigando as práticas medicamentosas de consumo de entorpecentes em termos de suas relações com certas experiências e concepções historicamente datadas do corpo humano que se caracterizam, entre outras coisas, por se articularem em torno do princípio de que a vida deve durar o máximo possível em extensão. Por outro lado, ao associar a experiência do consumo não medicamentoso de drogas nas sociedades modernas à produção de estados extáticos, Perlongher (1988) indica uma valiosa pista para a consideração epistemologicamente positiva da questão relacionada ao consumo não medicamentoso de drogas.

Essa associação entre experiências de consumo não medicamentoso de substâncias químicas que produzem alterações corporais ou comportamentais e experiências de produção do êxtase não é novidade nos relatos de diversos etnólogos.[8] No entanto, testada no âmbito das condições 'primitivas' e não ocidentais do consumo não medicamentoso de drogas, onde se mostrou bastante produtiva, tem-se resistido a desenvolver essa aproximação com a produção do êxtase no âmbito das condições modernas e ocidentais de consumo. Essa resistência está relacionada, ao que tudo

indica, com determinada apropriação da marcante diferença que há entre os códigos que regem o consumo 'primitivo' e não ocidental de drogas e aqueles – ou sua perda, descodificação – do consumo moderno e ocidental. Essa diferença refere-se ao fato de que, nas condições 'primitivas' e não ocidentais, o consumo de drogas e a produção do êxtase costumam ser experiências centrais, as quais, inseridas em grandes aparatos rituais e consideráveis produções míticas, freqüentemente remetem a um refinado código religioso, a uma elaborada cosmologia sagrada. Já nas condições modernas e ocidentais de consumo, o que parece ter passado foi uma abrupta e radical dessacralização ou desritualização dessas práticas extáticas, impulsionada pela 'desterritorialização' generalizada que o capital induz. Como assinalara Perlongher (1988:6-10), condenada a droga a resplandecer nos ermos becos da marginalidade, seus caminhos passam a seguir cada vez mais de perto os grandes fluxos internacionais de dinheiro.

Mais atentos às condições 'primitivas' e não ocidentais de consumo, mas não porque os etnólogos freqüentemente encontraram o êxtase cercado de ritos e códigos religiosos que, estando o consumo moderno e ocidental aparentemente dessacralizado e desritualizado, não será possível pensar também esse consumo em termos de produção de êxtase. Isto porque, da mesma maneira que o consumo de drogas não é imprescindível a esta produção, sendo mesmo muito freqüentes os casos em que não se lança mão do uso de drogas para tal, esta também não é necessariamente uma experiência de cunho religioso, uma experiência codificada ritual e miticamente pela religião. Além disso, também não se pode dizer que, tendo perdido seu caráter religioso, a experiência moderna e ocidental do consumo de drogas tenha se desritualizado de todo, haja vista a persistência de diversas formas de sociabilidade, como a 'rodinha de fumo' e o partilhar em conjunto das seringas e dos canudos de inalação; nem se pode dizer também que as experiências modernas e ocidentais de consumo tenham se dessacralizado absolutamente, como o atestam, por exemplo, os fenômenos do Santo Daime e o da União do Vegetal.

Essa recusa a pensar o consumo moderno e ocidental de drogas em termos de produção do êxtase parece encontrar ainda uma outra e mais profunda motivação. Ela reside no fato de que qualquer tentativa de tratar desta questão de uma maneira epistemologicamente positiva terá inevitavelmente que lidar com a inquietante contigüidade que, corriqueiramente, faz convergir experiências como essas e processos violentos de destruição e autodestruição, ou, em outras palavras, com a intrincada injunção entre a destruição agonística e a plenitude do êxtase. O que sejam essas experiências que constantemente roçam o ilusório, o alucinatório, a estupidez, a miséria e a morte, e que desse roçar possam extrair potência afirmativa, sua embriaguez, seu êxtase, ou, ao contrário, que o êxtase e a embriaguez possam resultar em estupidez e morte, isto parece ser o que torna radicalmente singular esse tipo de experiência que Bataille (1967) muito propriamente chamou de *la part maudite*. Em vista disso, em vez de ficar apenas com o caráter 'doentio', desarticulador e destrutivo da experiência do consumo não medicamentoso de drogas, isto é, de se colocar exclusivamente do ponto de vista da 'saúde'; em vez de também ficar apenas com o caráter inebriante e festivo da experiência do consumo de drogas, ou seja, de se colocar exclusivamente do ponto

de vista da 'doença', caberia, a nosso ver, juntar isso que estamos acostumados a separar para então, depois, encarar de frente essa inquietante injunção, fazendo irem juntos a agonia e o êxtase.[9]

E se foi possível dizer anteriormente que o problema do consumo de drogas tem por campo semântico o das práticas e das técnicas corporais, isso se deu porque se pensava no fato de que parece ser exatamente no plano da corporalidade que as experiências do consumo não medicamentoso de drogas podem ser consideradas técnicas de produção de êxtase. Se considerarmos, além disso, o que o uso medicamentoso e boa parte do uso paramedicamentoso de drogas têm em comum, além do fato de também serem práticas ou meios de produção dos corpos ('dóceis', 'esbeltos', 'atléticos', 'saudáveis') e estarem orientados segundo critérios extensivos de avaliação da vida, caberia investigar, então, a possibilidade de que estes consumos não medicamentosos ou extáticos de drogas, com sua injunção de niilismo e pletora, pudessem ser interpretados como modos de produção de corpos povoados por ondas de euforia ou de contemplação, por ondas de frio ou de calor, por ondas de cores e de sons, ritmos, velocidades ou, para usar uma expressão de Deleuze & Guattari (1980:185-204), de corpos povoados por 'intensidades'. Nesse caso, teríamos, então, ao lado de práticas que se definiriam por avaliar a vida em extensão, também práticas que se pautariam por considerar a vida, não mais em extensão, mas em intensidade.

Mais uma vez as experiências do consumo de drogas se colocariam, então, como questão de vida e de morte. Mas, a partir do que acaba de ser exposto, cremos ter podido apresentar alguns indícios, que acreditamos serem fortes, no sentido de evitar o caminho enganoso, porque fácil e cômodo, de reduzir o problema das drogas aos termos que desqualificam e negativizam os usos não medicamentosos, por estes atentarem contra os reclamos de uma vida que deve durar em extensão. Indícios que também chamam a atenção para o fato de que, talvez, o que a corte lúgubre de corpos drogados, quase liquefeitos, mas gozando de alegria e êxtase, estaria fazendo passar sob seu céu trágico seja ainda uma outra relação entre a vida e a morte: não mais a gestão da vida por medo da morte, mas a gestão da morte por afeto à vida; não mais a que visa a reprodução ou a salvaguarda da panóplia fisiológica do organismo ou a manutenção imortalizada do espírito diante da fatalidade da morte, mas a que se vale da morte, que se estrutura sobre ela – e não apesar dela –, que a transforma em necessidade para a produção da vida, da vida em intensidade e não em extensão.

Que seja necessário roçar a morte para afirmar a vida, ou insensibilizar a vida para tentar escamotear a morte; estes parecem ser os tributos que se paga, os riscos que se corre pelos insidiosos caminhos das drogas.[10]

Notas

1 Veja, por exemplo, Zaluar (1985), referência obrigatória pelo rigor e pioneirismo no trato do tema, e a coletânea que a autora organizou (Zaluar, 1994). Veja, ainda, Magalhães (1994).

2 Este texto fez parte de um projeto de tese de doutoramento desenvolvido no Programa de Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política, da Faculdade de Artes, Filosofia e

Ciências Humanas (Fafich/UFMG), sob a orientação do Dr. Pierre-Sanchis. Baseado em análise de fontes secundárias, o que se lerá a seguir configura um conjunto de hipóteses, as quais, acreditamos, podem esclarecer alguns pontos que insistem em permanecer na obscuridade quando se trata do problema do consumo de drogas, medicamentosas ou não, em sociedades como a brasileira. Portanto, essas hipóteses ainda carecem da devida fundamentação empírica. Esperamos satisfazer essa necessidade mediante o desenvolvimento de um projeto de pesquisa que deverá consistir em levantamento, via *survey* e pesquisa de campo, dos hábitos terapêuticos, de cuidados corporais e de consumo de drogas entre os habitantes de Juiz de Fora, Minas Gerais.

3 Com exceção apenas dos muçulmanos, a quem talvez se aplique, em sentido um tanto ou quanto diferente do imaginado pelo autor, a célebre fórmula de Marx segundo a qual "a religião é o ópio do povo".

4 Illich (s/d: 13ss) argumenta que, levando-se em conta as taxas de mortalidade na França dos dois últimos séculos e considerando o crescente incremento do aparato médico, não houve, como seria de esperar, declínio da primeira taxa correspondente ao crescimento do segundo, havendo mesmo aumento da primeira, o que mostra que a relação entre as duas não é natural ou necessária. Quanto ao problema da morbidade, Illich argumenta que, se a Medicina descobriu a cura para certas doenças, também descobriu (ou criou) outras doenças; antes, portanto, de falar em redução da morbidade, seria mais conveniente, no caso, falar de alteração do quadro nosológico.

5 Matéria intitulada "As Drogas Legais", publicada no Caderno Jornal da Família, suplemento de *O Globo* do dia 17/04/94, traz alguns dados interessantes: considerando que a Organização Mundial da Saúde estabelece que a proporção ideal de farmácias é de uma para cada dez mil habitantes, o Brasil, que conta com 44 mil farmácias, tem 30 mil farmácias em excesso, ou uma para cada 3.214 habitantes; a reportagem afirma ainda que, no Brasil, estima-se entre 18% e 20% a população consumidora de tranqüilizantes ou antidepressivos, e que esse número chegaria a 100 milhões no mundo inteiro. Levantamento feito por Nappo & Carlini (1994:71-72) indica impressionante crescimento nas autorizações especiais concedidas pelo Ministério da Saúde para quer farmácias de manipulação e indústrias farmacêuticas lidem com substâncias psicotrópicas. Elas eram pouco mais de 100 em 1987 e chegaram a cerca de 800 em 1993. Os autores assinalam ainda "que o consumo dos anoréxicos no Brasil saltou de 7,7 toneladas em 1988 para 23,6 toneladas em 1992, um aumento de mais de 200%".

6 Retomando um tema nietzschiano, Clastres (1979) mostrou muito bem que as relações que os ditos 'primitivos' entretêm com a dor e com o sofrimento estão longe de serem as mesmas que as nossas. Ele mostra não só que é pela tortura e pela dor que a sociedade produz memória de si mesma, como também que o lugar de inscrição e o veículo dessa memória é a própria superfície do corpo e nada mais.

7 Usa-se aqui a expressão 'efeitos perversos' para apontar processos de alteração ou desvirtuamento de códigos sociais vigentes, processos esses que podem, inclusive, embora não exclusivamente, serem levados a cabo por sujeitos agindo racional e deliberadamente. Nesse sentido, o emprego que aqui se faz dessa expressão difere daqueles propostos por Merton (1979) e Boudon (1979), que a concebem em termos das 'externalidades' ou dos resultados não esperados da conjunção das ações racionais dos sujeitos individuais.

8 Bastide (1977); Harner (1976); Henman (1981); Furst (1976); Lewis (1977) e Wasson (1983, 1985) são alguns dos que caminham nessa direção.

9 É por conta disso que é preciso evitar o contra-senso de pensar que, já que os vínculos entre Medicina e drogas implicam inúmeras relações de sujeição, o caminho das drogas (daquelas cujo consumo é de caráter não medicamentoso) é o caminho do 'paraíso'. Os buracos não

são menos negros aqui do que lá. Além de tudo, há mais de um século Baudelaire (1971) já chamara a atenção para o que e o quanto há de artificial nesses ditos 'paraísos'.

O episódio da morte do piloto Ayrton Senna, o que ele representava e o que aconteceu 10 depois é, em mais de um sentido, ilustrativo quanto a várias das questões aqui levantadas, além de mostrar, passageiramente, que o problema da produção de intensidades (no caso, de trabalhar com a velocidade no limite ou mesmo além) extrapola, ainda que não abarque integralmente, o vasto campo da problemática da droga.

Referências Bibliográficas

Adiala, J. C. A criminalização dos entorpecentes. In: Seminário Crime e Castigo, 1986. Rio de Janeiro: Casa de Rui Barbosa.

Bastide, R. Il sacro selvaggio. In: *Il Sacro Selvaggio e Altri Scritti*. Milano: Jaca Book, 1977.

Bataille, G. *La Part Maudite – Précédé de la Notion de Dépense*. Paris: Minuit, 1967.

Baudelaire, C. *Os Paraísos Artificiais*. Lisboa: Estampa, 1971.

Boudon, R. *Efeitos Perversos e Ordem Social*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

Caiafa, J. *Movimento Punk na Cidade – a invasão dos bandos sub*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

Canguilhem, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

Clastres, P. Da tortura nas sociedades primitivas. In: *A Sociedade contra o Estado*. Porto: Afrontamento, 1979.

Clavreul, J. *A Ordem Médica – poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

Deleuze, G. *Nietzsche*. Lisboa: Edições 70, 1985.

Deleuze, G. & Guattari, F. *Mille Plateaux*. Paris: Minuit, 1980.

Dupuy, J.-P. & Karsenty, S. *A Invasão Farmacêutica*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Foucault, M. *História da Sexualidade I – A Vontade de Saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1982a.

Foucault, M. O nascimento da Medicina Social. In: ___. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982b.

Foucault, M. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1986.

Furst, P. *Alucinógenos e Cultura*. Lisboa: Ulisseia, 1976.

Guattari, F. *Revolução Molecular – pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

Harner, M. *Alucinógenos y Chamanismo*. Madrid: Guadarrama, 1976.

Henman, A. *Mama Coca*. Bogotá: La Oveja Negra, 1981.

Henman, A. A guerra às drogas é uma guerra etnocida. In: Henman, A. & Pessoa, O. (Orgs.), *Diamba Sarabamba*. São Paulo: Ground, 1986.

Illich, I. *A Expropriação da Saúde – nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, s/d.

Lewis, I. *Êxtase Religioso*. São Paulo: Perspectiva, 1977.

Magalhães, R. *Crítica da Razão Ébria – reflexões sobre drogas e ação imoral*. São Paulo: Annablume, 1994.

MAUSS, M. As técnicas corporais. In: *Sociologia e Antropologia II*. São Paulo: EPU & Edusp, 1974.

MERTON, R. *A Ambivalência Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

MONTERO, P. *Da Doença à Desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

NAPPO, S. & CARLINI, E. Anoréticos: situação atual no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 38(2), 1994.

PERLONGHER, N. *A Produção do Êxtase no Circuito da Droga*. Texto apresentado na XVI Reunião da ABA, 1988. (Mimeo.)

SIMMEL, G. A metrópole e a vida mental. In: VELHO, O. (Org.). *O Fenômeno Urbano*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

WASSON, G. *El Hongo Maravilloso Teonanácatl*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1983.

WASSON, G. Los hongos alucinógenos de México: indagación sobre los orígenes de la idea religiosa entre los pueblos primitivos. In: OTT, J. & BIGWOOD, J. (Orgs.) *Teonanácatl – hongos alucinógenos de Europa y América del Norte*. Madrid: Swan, 1985.

WEBER, M. A ciência como vocação. In: GERTH, H. H. & WRIGHT MILLS, C. (Orgs.) *Max Weber – Ensaios de Sociologia*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982.

ZALUAR, A. *A Máquina e a Revolta*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

ZALUAR, A. (Org.) *Drogas e Cidadania*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

8

Idéia de 'Sofrimento' e Representação Cultural da Doença na Construção da Pessoa

Nubia Rodrigues & Carlos Alberto Caroso

Vou, aqui, lutando com a velha vida. (D. Fulô, 55 anos, zeladora-de-santo)

Identidade Social e Pessoa: Desde a Experiência da Doença à Representação do Sofrimento

A Antropologia tem se caracterizado por ser a ciência que busca compreender a alteridade (Boddy, 1994), apresentando-se a possibilidade de discorrer acerca da alteridade cultural, da alteridade religiosa, da alteridade étnica e de várias outras alteridades situacionais (Duarte, 1986; Cunha, 1987; Brandão,1986; Ortiz, 1991; Dantas, 1988).

Qual seria a relação entre alteridade e identidade para a Antropologia e para os antropólogos? O significado da alteridade está em seu caráter relacional com o 'outro' enquanto elemento de aproximação e distanciamento. Não basta tão somente dizer que a identidade está para a semelhança, ao passo que a alteridade está para a singularidade, a diferença. É preciso, pois, entender as relações entre o que é diferente e o que é semelhante e como se dá a articulação entre estes dois níveis em diferentes discursos.

Pode-se dizer que o discurso da identidade está localizado no plano das representações, das aproximações, das comparações e das vontades. Construir uma identidade é ao mesmo tempo construir idéia de alteridade, sem a qual a primeira não seria possível. Assim, lidar com o tema da identidade é lidar com diferenciadas tomadas de posições com relação ao 'outro', por exemplo: 'a' se identifica com 'b', em alguns aspectos, diferentes daqueles que o aproximam de 'c', que não se identifica com 'b' em nenhum sentido. Desse modo, mesmo por meio de um número sem fim de combinações, não se esgotariam os argumentos que os atores, uns em relação aos outros, apresentam para se aproximarem ou se distanciarem.

Pensar em identidades é pensar em histórias de vida, trajetórias pessoais e em visões de mundo. Isto remete necessariamente à noção de pessoa, no sentido que lhe confere Mauss (1974:226): "a 'pessoa' é algo além de um fato de organização, mais do que o nome ou o direito reconhecido a um personagem e mais do que uma máscara ritual". Em outras palavras, a noção de pessoa corresponderia a um plano de realização da identidade, na medida em que os atores utilizam várias formas de discurso para construí-la quando falam de si ou mesmo ao serem observados em diferentes situações.

Nos terreiros afro-brasileiros, por exemplo, a noção de pessoa se refere à pessoa em si mesma, diferenciada da pessoa do cavalo-de-santo que recebe, que incorpora as entidades – orixás, caboclos, exus, erês. Desse modo, a pessoa perde a identidade que lhe é particular – enquanto pessoa-indivíduo – e ganha, em seu lugar, uma identidade institucional, representada pela entidade, compartilhada por todos os 'cavalos' que simultaneamente a manifestam no espaço ritual. É preciso, portanto, cogitar uma noção dinâmica de pessoa, no sentido de observar sua capacidade de manipulação de diferentes identidades. As identidades não se referem exclusivamente aos indivíduos, mas aos grupos, uma vez que só se realizam e só têm significados quando inseridas em contexto socialmente estabelecido.

Os dados etnográficos de que dispomos indicam um tipo específico de discurso de identidade, o qual se encontra respaldado nas idéias de doença, sofrimento e cura, presentes nas falas de pessoas ligadas ao pentecostalismo e a casas de culto afro-brasileiro. Em suas narrativas, os interlocutores utilizam de modo predominante estas categorias para descrever sua existência como marcada pelo sofrimento, seja provocado pela doença seja por outros fatores, tais como relações pessoais, relações amorosas, situação econômica ou afiliação religiosa.

Estas três categorias estão particularmente imbricadas e, em geral, o sentido de uma depende do sentido que é dado à outra nos discursos. A noção de sofrimento faz alusão diretamente a uma trajetória; por um lado, a representação da doença remete, em alguns casos, às razões para o sofrimento; por outro, a representação ou o discurso sobre a cura envia a uma experiência sincrônica, uma vez que se apresenta como antítese ao sofrimento e à doença. A categoria de sofrimento, tal como ela se apresenta aos nossos interlocutores, é utilizada em diferentes sentidos, caracterizando-se como "significante flutuante", no sentido apontado por Lévi-Strauss para entender a 'categoria de mana', estudada por Mauss:

> *Acreditamos que as noções do tipo mana, tão diversas quanto possam ser, e encaradas em sua função mais geral (que, como já vimos, não desaparece totalmente em nossa mentalidade e em nossa forma de sociedade), representam precisamente esse significante flutuante, que é a servidão de todo pensamento acabado (mas também a garantia de toda arte, de toda poesia, de toda invenção mítica e estética), se bem que o conhecimento científico seja capaz, senão de estancá-lo, pelo menos discipliná-lo parcialmente (...) Vemos no mana, no wakan, no orenda e em outras noções do mesmo tipo, a expressão consciente de uma função semântica, cujo papel é o de permitir que o pensamento simbólico se exerça apesar da contradição que lhe é própria. Assim explicam-se as antinomias, aparentemente insolúveis, ligadas a esta noção, que tanto feriram*

os etnólogos e que Mauss trouxe à luz: força e ação, qualidade e estado, substantivo, adjetivo e verbo ao mesmo tempo, abstrato e concreto, onipresente e localizado. De fato, o mana é tudo isso ao mesmo tempo, mas, precisamente, só é porque não é nada disso. (Lévi-Strauss, 1974:34-35)

De modo semelhante à noção de mana, a 'categoria de sofrimento' parece constituir um "significante flutuante", que comporta contradição de significados, os quais se movimentam entre os planos mais concretos e os mais abstratos. Assim, em um plano aqui denominado concreto, sofrimento significa doença física, desde dor-de-cabeça, dor-de-barriga, feridas e ferimentos superficiais ou profundos, diabetes, parasitas – tais como piolhos, micoses – e outras 'doenças' de ampla ocorrência entre os limites externo e interno do corpo humano.

No plano que nomeamos abstrato, o sofrimento pode ser entendido pelos significados que ultrapassam os limites da experiência da doença física e fornece elementos, digamos, abstratos – no sentido de cognitivos – determinantes para que a pessoa 'sofredora' construa sua identidade social, desde a qual manipula papéis sociais e se relaciona com os outros. Neste sentido, o discurso sobre o sofrimento evoca significados desde 'força' e 'fraqueza', vulnerabilidade e determinação, medo e coragem; desperta, assim, emoções positivas e negativas tanto no 'sofredor' quanto em seus interlocutores.

Os significados expressos no primeiro plano estão presentes no discurso mais geral sobre a doença; têm atualidade em falas do tipo:

ela orava na minha cabeça, quando acabava, passava um óleo, ungia minha perna e pedia a Deus saúde pra mim, pra teimar aquele sofrimento de minha perna. (A., dona de casa, 64 anos, Porto da Ribeira)

O sofrimento na perna, ao qual a informante se refere, nada mais é que lesão provocada por erisipela. Nota-se que, para ela, o sofrimento significa ao mesmo tempo a doença localizada, a experiência e a emoção que implica.

Por outro lado, observando-se a 'pessoa' dos líderes de religiões de aflição (Fry & Howe, 1975), tais como as casas de culto afro-brasileiro, o discurso do sofrimento é canalizado para o aqui chamado plano abstrato. A importância e abrangência de um líder religioso é dimensionada pela experiência de sofrimento que pode estar relacionada a sua 'pessoa'. É nesse campo de relações sociais que emergem as "antinomias", às quais se refere Lévi-Strauss. O sofrimento aparece ao mesmo tempo como expressão de:

- humildade/pobreza material e orgulho/riqueza espiritual:

  ... o sofredor sou eu, que não tenho pai, não tenho nada. Por mim só a graça de Deus;

- sina/destino e qualidade/característica intrínseca:

  os brancos não me queria por causa deste sofrimento que eu tinha de rezar em alguém;

- resignação e coragem:

  podem me matar nos lugares que me ver, que eu só tenho uma alma pra perder.

Neste tipo de discurso, tais categorias surgem de modo indissociado e compõem o que poderia ser denominado de discurso totalizador da identidade e da experiência social da pessoa que sofre, a partir da qual, aquele que se define sofredor, 'conquista' posição de destaque diante de seus interlocutores, fazendo desaparecer, ainda que simbólica e parcialmente, as contradições inerentes à própria categoria. Nesse sentido, o sofrimento é, ao mesmo tempo, a experiência da fragmentação ou experiência de caráter negativo, representada pela doença, mas também é o ponto de partida para a 'desfragmentação', isto é, para a construção ou reconstrução da identidade social.

O contexto etnográfico que aqui apresentamos, abrange a experiência da pessoa em sua relação com a doença e um modelo de explicação sobre a causalidade baseado nos aspectos mais subjetivos desta experiência que tem a idéia de sofrimento como elemento fundamental para sua representação. As concepções de causalidade foram a porta de entrada a este universo de significações, tornando possível explorar o lado pessoal das narrativas de doença ou – conforme expresso por Duarte (1986:144) – alcançando o "limite mais restrito da 'pessoa'", externalizado e evidenciado pela experiência do sofrimento.

Enquanto o sofrimento provocado pela doença pode representar a experiência que desintegra a unidade da pessoa e, ao mesmo tempo, serve como matriz para a construção da identidade social dos sujeitos, os rituais de caráter terapêutico, da maneira como são realizados nas casas de culto afro-brasileiro, constituem o palco real onde os sujeitos operacionalizam e atualizam esta identidade.

Em *The Drums of Afliction* – sem dúvida, o melhor trabalho antropológico produzido no sentido de compreender as relações entre as 'emoções', por assim dizer, os rituais que as evocam e o contexto social do qual tanto as emoções e os rituais emergem – Turner (1968) define a 'aflição' para os Ndembu, a partir do contexto em mudança, vivido por aquela sociedade, à época de realização de sua pesquisa. Para entender o significado da 'aflição' em sua dimensão social era preciso alcançar o significado dos inúmeros rituais elaborados para restabelecer certo equilíbrio na vida social.

Diferentemente da 'aflição' Ndembu, a idéia de sofrimento em Ribeira não está visivelmente inscrita na vida social e só pode ser observada através das narrativas concernentes à doença. Estas apresentam descrições que, em geral, se referem aos sintomas e sinais físicos identificadores da enfermidade, ao contexto familiar e econômico de sua emergência e ressaltam comportamentos, sentimentos e emoções associados à aflição e ao sofrimento provocados pela doença. Grosso modo, este sofrimento se mostra em diferentes circunstâncias e, na explicação da causalidade, sua expressão ganha marcada distinção.

Não queremos dizer com isto que as pessoas formulam um discurso consciente no que diz respeito às causas das doenças e ao sofrimento enquanto espaços de realização de sua própria identidade. À semelhança do que é colocado por Fajans (1985:367) para o contexto Baining – em Nova Bretanha e Papua Nova Guiné –, em Ribeira, as pessoas "não apresentam interpretações do significado dos comportamentos e eventos que as rodeiam", porque, além disso, "os conceitos de sentimentos pessoais, comportamento expressivo e relacionamentos afetivos estão integrados às narrativas sobre padrões culturais e eventos sociais gerais".

O discurso das concepções e representações de causas de doenças envolve a ligação que se estabelece entre a pessoa e a moléstia, esta última como experiência física e subjetiva, envolvida em complexa rede de sentimentos que orientam os indivíduos em suas buscas pelos significados. Quando se referem às causas de suas doenças, as pessoas estão necessariamente interpretando determinadas condições que ajudam a explicar porque tal doença aconteceu em dado momento.

Este é justamente o tipo de resposta que não é fornecida pela ciência médica, tal como é colocado por Herzlich & Pierret (1993:75). A busca pelo significado da doença envolve invariavelmente vários aspectos da vida pessoal do indivíduo. Isto pode ser exemplificado através da narrativa de um informante de 43 anos – que passara por processo de migração – na qual aparecem algumas categorias que levam a pensar o discurso da causalidade como elemento importante para a compreensão da identidade social do narrador em perspectiva mais ampla, tal como apresentado abaixo:

> *A tristeza mata. A pessoa ficar num lugar muito triste adoece a pessoa. Eu desmaiei de tristeza. Eu tava em São Paulo, dois anos e meio sem vir cá na Bahia. Nesse dia eu saí pra igreja meio triste. Teve dois casamentos, eu apreciei tudo. Tinha duas madame branca sentada e três cidadão em pé. Eu não conhecia ninguém, mas elas me conhecia do lugar que eu trabalhei, construindo um prédio escolar. Nesse dia, eu não conversava nem nada, o povo me olhava e eu calado. Daí a pouco, caí, revirei, morto, morto, morto.*

Após este desmaio, as duas 'madames brancas' o colocaram em um carro, levando-o para a residência de uma delas, dando-lhe toda assistência médica necessária. Os exames feitos pelos médicos apontaram para a tristeza como causa de seu desmaio. De volta ao local de origem, ele tem nova crise, desta vez ficando 'trinta noites sem dormir'; em seguida, fugiu para 'o mato', até ser encontrado, amarrado e levado a um curador para receber tratamento.

Alguns elementos podem ser destacados nessa narrativa. Primeiro, a migração para São Paulo e a impossibilidade de retornar à terra natal. Segundo, a sua vontade de não ser desconhecido, portanto, pequeno em uma cidade grande – ele, um peão de obras, foi reconhecido por duas mulheres de condição social diferenciada. Terceiro, o tratamento atencioso que recebeu por parte das 'mulheres brancas' e dos 'médicos', que atuaram de forma a promovê-lo socialmente.

A tristeza representa, neste relato, a causa de seu sofrimento, mas também sintetiza toda sua trajetória. O fato de ser homem solteiro, forasteiro e pobre, o que necessariamente o coloca em situação de fragilidade e subordinação, é compensado pela atenção que recebe dos desconhecidos. Esta 'tristeza' que o fez adoecer e quase morrer em São Paulo, bem como as crises posteriores em sua terra natal, demarcam momentos cruciais de sua vida, isto é, a migração, a não adaptação ao novo contexto de trabalho, vida e relações sociais, fato que é representado pela tristeza e pela lembrança de seu povoado e, por fim, o retorno à vida que ele mesmo quisera deixar para trás.

A crise do retorno representa, para ele, uma tentativa de se exculpar pelo insucesso na cidade diante de seus pares, visando a ser novamente aceito no grupo de origem. Neste caso, a cura conseguida na casa do curador demarca sua reintrodução na

vida do local, mediante a qual ele busca agora ocupar posição que o diferencie dos demais, através do acúmulo de capital simbólico (Bourdieu, 1974) conquistado a partir da experiência vivida na 'cidade grande'.

Em outra narrativa, a de uma informante de 54 anos, separada, três filhos, o discurso do sofrimento também surge como elemento principal para a compreensão de sua construção de pessoa. Ela se define como 'pessoa marcada pela vida' – em outras palavras, 'pessoa marcada pelo sofrimento' – e busca estabelecer relações entre acontecimentos passados que forneçam os elementos centrais à constituição desta sua identidade. Estabelece elos de ligação entre um 'trauma de infância', quando quase foi vítima fatal de afogamento nas águas do rio que corta a cidade, em virtude de 'um descuido de seu pai', e uma quebra de resguardo de parição provocada por uma das crises de loucura de seu marido, que tentou matá-la e ao filho recém-nascido.

Estes fatos foram a causa, após a separação conjugal, para o início das crises que resultaram em 'sofrimento terrível', na forma de 'dores' generalizadas 'pelo corpo, tonturas, aflição no coração', sem que os vários exames feitos acusassem qualquer mal aparente. Pela terceira vez, a informante 'quase' foi levada à morte, 'dentro de casa'. A noção de acontecimento – aqui utilizada no sentido que lhe confere Foucault (1992:05) – é importante para pensar as relações que os informantes estabelecem entre os diversos fatos que marcaram suas vidas e demarcam suas trajetórias de sofrimento, a despeito de não haver qualquer relação intrínseca entre eles no plano da realidade tangível.

Em muitos casos, o discurso da causalidade, para reforçar a idéia de sofrimento como expressão da construção da pessoa, se apresenta a partir de sua própria negação: 'os exames dos médicos não acusavam nada' ou 'eu nunca descobri qual era a causa daquele sofrimento'. É a partir dessa aparente negação de causa explícita que o discurso do sofrimento ganha maior destaque, na medida em que passa a ser instância sob exclusivo controle daquele que sofre, na qual mais ninguém pode ter acesso às razões, isto é, às causas. De modo comparativo ao contexto do nervoso, estudado por Duarte (1986), o discurso da negação da causalidade como configuração do sofrimento também mobiliza

> *... representações a respeito do que se passa dentro dos limites mais restritos da 'pessoa', aqueles que mais comumente chamamos de 'indivíduo', ou seja, seu corpo próprio e algo que, variadamente recortado e nomeado, se pode aqui resumir na categoria de espírito.* (Duarte, 1986:144)

Se, por um lado, o discurso negativo da causalidade centraliza o sofrimento ao controle da pessoa que sofre, a cura representa, por outro, os aspectos do sofrimento que podem ser compartilhados e devem servir de modelo para a 'experiência' de outras pessoas. Assim, a idéia de gravidade da doença torna-se fundamental por mediar o plano "intrapessoal" do sofrimento (Duarte, 1986:144) e o plano da 'experiência' vivenciada socialmente.

Doença grave é 'doença forte que nem todo mundo escapa'. A pessoa que consegue 'escapar' da morte ou 'de outro mal' acrescenta ao seu discurso a idéia de 'doença que faz sofrer', 'melhora, mas não cura e tá arriscado a qualquer hora se

acabar. O camarada morre e não vê'. Quando fala de sua própria 'doença forte', o informante está ao mesmo tempo operando uma oposição entre sua 'fraqueza', a 'força' da doença e o caminho de sofrimento que a pessoa 'percorre' até alcançar a cura.

Novamente Duarte (1986:145), referindo-se ao nervoso, aborda a questão da 'força/fraqueza' enquanto "referencial básico para a definição de qualidades diferenciais da pessoa". Deslocando esta observação para a relação doença-sofrimento-gravidade, o referencial 'força/fraqueza' se expressaria da seguinte maneira: a pessoa é/está fraca, a doença é forte e faz sofrer. Introduzindo-se o elemento cura, tem-se: a pessoa é/está fraca, a doença é forte, faz sofrer, mas através da cura, a pessoa passa a ser/estar forte, a doença torna-se fraca.

A cura representa a compensação pelo sofrimento, funciona como elemento sistematizador da experiência/trajetória e constitui o parâmetro que demarca o reconhecimento social legitimador do sofrimento. É a condição de ser/estar curado, estado reconhecido/avaliado pelo grupo, que confere credibilidade ao estado de sofrimento. Neste sentido, o estado e, na mesma medida, a identidade de sofrimento se constrói a partir de sua própria negação. Primeiro, através da cura. Segundo, pela tentativa de esquecimento, omissão e mesmo abstração dessa experiência.

As narrativas sobre sofrimentos – sejam estes sociais: 'sofrer é desejar ter um sapato bom, não poder; desejar ter um vestido bom, não poder'; emocionais: 'sofrimento é tristeza'; ou físicos: 'sofrimento é doença, que doença não é tudo igual, mas todas elas maltrata, faz a pessoa sofrer' – comportam os dois lados acima destacados. Um deles, a exaltação do sofrimento e a compensação alcançada que fazem a pessoa ser/estar/se sentir diferente das demais:

> *... eu sofri muito. Eu me constipei, eu só dormia a poder de comprimido. Eu sentia impaciência, eu sentia magrém, eu sentia constipação, o corpo papocando, insônia, falta de apetite e todo o mal chegou pra mim. Não comprava mais carne, não conhecia mais dinheiro, não trabalhava. Tinha hora que me dava vontade de chorar, longe de minhas filhas, longe de minhas netas. Mas eu sofri muito, mas hoje o meu comprimido é Cristo, quando eu me deito, não tenho insônia, abraço a almofada e durmo.*

O outro lado, a exaltação do sofrimento pela negação:

> *... eu sofri, mas eu não güento contar tudo, minha filha, porque eu nunca tive essa sabedoria, eu nunca tive essa alegria.* (A., 65 anos, Porto da Ribeira)

Se o sofrimento é legitimado pela cura como fator de sua negação, o caminho para a cura é percorrido mediante a mesma relação de negação do sofrimento ou, no mínimo, de sua origem, tal como claramente ilustrado nas rezas e orações para combater doenças, maldades, sofrimentos:

> *Que em tudo eu convoco o manto divino / retirai de toda enxaqueca e de toda a ameaça e de toda a maldade que venha de encontro à sua matéria / no seu sangue / nos seus ossos, nos seus nervos. Que a paz de Deus seja incorporada na sua presença e aliviai, esses santos, sua matéria, seu sangue, seus órgãos, seus nervos, assim como retire a maldade. Se tem quebrante de olho mau, de*

> *olho grosso, de usura no seu trabalho, na sua diligência, na sua boniteza, na sua esperteza, na sua qualidade, na sua brincadeira, na sua comida / afugentai-lhe todo clamor, toda a doença e toda a crise má / Que a paz de Deus incorporada na sua presença, há de abater e de tirar todo o sofrimento pesado que venha de encontro à sua pessoa.* (C., rezadeira, Vila Velha)

Neste fragmento de reza, notam-se três planos básicos de atribuição de causalidade para o sofrimento, aqui considerado em sua sistematicidade. Um primeiro plano físico, a partir da descrição do corpo, representado nas idéias de 'matéria', 'sangue', 'ossos', 'órgãos' e 'nervos'. Um segundo plano, que se desdobra em dois: um primeiro subplano não material, que corresponde às qualidades atribuídas à pessoa, presente nas idéias de 'boniteza', 'brincadeira', 'diligência', 'esperteza', 'qualidade'; e um segundo subplano não material, que escapa duplamente à pessoa, isto é, o plano das relações sociais e do trabalho e o plano mágico-espiritual, representado nas idéias de 'quebrante', 'olho mau' e 'usura'.

Do mesmo modo que a expressão 'todo o sofrimento pesado' é representativa dos três planos acima apontados, os efeitos da cura voltam-se no sentido de integrar estes mesmos planos através da negação/exaltação do próprio sofrimento. Primeiro, pela negação da 'doença'. Segundo, pela negação da 'aflição', presente na idéia de 'clamor'. Terceiro, pela negação do 'sofrimento pesado que venha de encontro à pessoa'. A exaltação/negação do sofrimento, à medida que cerca tanto os domínios físico, material e não material, quanto as origens físicas, mágico-religiosas e sociais do sofrimento, funda as bases sociais de seu reconhecimento, isto é, permite que o sofrimento seja legitimado. Ao mesmo tempo, a exaltação/negação do sofrimento fornece os elementos necessários para o estabelecimento das relações e, sobretudo, da reciprocidade entre o curador, que manipula simultaneamente a cura e o sofrimento, e a pessoa curada, que negocia junto ao grupo mais amplo, incluindo o curador/manipulador do sofrimento, sua identidade social, isto é, negocia para si uma imagem, uma representação de pessoa.

Sofrimento e Pessoa no Culto Afro-Brasileiro

Em texto já clássico acerca da possessão e da construção da pessoa no candomblé, Goldman postula que as duas razões básicas para a afiliação ao culto afro-brasileiro seriam a enfermidade e a manipulação sociopolítica, afirmando ser:

> ... *verdade que certas doenças podem conduzir ao culto,* que este fornece um meio para controlar [de modo bastante eficaz, por vezes] algumas delas, *e que ele funciona como uma arena de manipulações sócio-políticas. No entanto, tudo isso só é possível devido a características da própria estrutura do sistema. Se admitirmos que a enfermidade pode ser vivida como experiência de cisão da pessoa, poderemos talvez compreender que a possessão, técnica simbólica de construção desta unidade e de manutenção de um certo equilíbrio, possa estar estruturalmente ligada a ela.* (Goldman, 1985:50) (grifo nosso)

Por um lado, a doença representa a experiência da fragmentação e do estranhamento da pessoa para consigo mesma. Por outro, a incorporação, nos cultos afro-brasileiros, representa a passagem de um estado de doença para novo estado de normalidade, desta vez mediado pelos códigos negociados neste sistema.

Desse modo, a incorporação faz parte de longo e complexo processo de cura, construção e reconstrução da pessoa, pois – ainda segundo Goldman – à medida que o iniciado se torna mais experiente no santo, exerce maior controle sobre ela, diminuindo sensivelmente sua ocorrência.

Diferentemente do que observa Goldman, nossa observação em Ribeira tem mostrado que certas formas de transe são 'cultivadas' pelos mais experientes no santo, conferindo-lhes posições de destaque nos rituais. É comum as pessoas comentarem acerca da 'beleza' deste ou daquele encantado. Tais elogios geralmente se destinam aos encantados das principais figuras da casa, isto é, aos do zelador, dos afilhados mais antigos ou daqueles que ocupam cargos de maior destaque na hierarquia da casa.

Quando entendida como parte de processo terapêutico, a incorporação representa estado sempre liminar que acompanha a iniciação, desde a condição de pessoa fragmentada, imposta pela doença, até o alcance da condição de pessoa plena, a partir da identidade (re)fornecida pelo culto. Se é verdade que 'certas doenças podem conduzir' algumas pessoas às religiões afro-brasileiras, também é verdade que tais doenças prescindem de classificação e interpretação conforme modelos específicos. Assim, são múltiplos os casos de pessoas que aderiram a casas de culto afro-brasileiro após episódios de doença que apresentavam como signo um comportamento considerado anormal, o qual, na visão dos envolvidos, fora considerado comparável à loucura, tendo como causa a possessão ou ação mágico-religiosa, como o feitiço, por exemplo.

Com base na leitura de narrativas sobre tais problemas emocionais tratados nas casas de culto afro-brasileiro, é possível compreender de que modo essas agências religiosas e terapêuticas atuam no sentido de fornecer modelos para a construção, socialização e ressocialização de pessoas que tenham passado ou estejam passando pela experiência do sofrimento emocional. Em outras palavras, tal como colocado por Douglas (1976), é preciso entender de que forma os rituais afro-brasileiros, ao manipularem uma representação da 'impureza' fundada na idéia de doença como matriz para o sofrimento e com a representação da 'pureza' a partir do processo iniciatório, podem criar "unidade na experiência" dos participantes (Douglas, 1976:13).

Inicialmente, gostaríamos de retomar a análise da categoria de incorporação para melhor pensar a relação entre as três 'etapas' da iniciação no culto afro-brasileiro, isto é, construção, socialização e ressocialização da pessoa. Por meio da incorporação, uma mesma pessoa pode manter relação entre sua pessoa e o 'personagem', simultaneamente, em nome de guias e entidades sagradas, marcando dois tipos básicos de interação intersubjetiva entre a pessoa e o outro, isto é, quando ele está 'em pessoa', e as entidades sagradas, quando ele 'está fora de sua pessoa'.

Dentre os três tipos de entidades centrais no culto: orixás, caboclos e exus, estes últimos são os guias mais difíceis de se relacionar e são os que mais maltratam a pessoa daquele que os incorpora. Já os orixás e certos caboclos são entidades mais

fáceis para esta interação. Tal modelo reproduz a relação de aproximação e distanciamento da sociedade para com as entidades afro-brasileiras.

Na visão dos praticantes do culto, os orixás são entidades ligadas ao espaço sagrado dentro do terreiro. Sua representação é sóbria no vestir, no falar e no dançar. Não usa bebidas alcoólicas nem tabaco, não diz impropérios aos presentes e não come durante as cerimônias. São entidades 'puras' e mesmo as roupas que os representam não podem sair dos limites da casa.

Os caboclos, por outro lado, são entidades inseridas em contexto de natureza: fumam charuto, falam com voz grave e dissonante, bebem sangue dos animais que são sacrificados durante os rituais em sua homenagem, como se estivessem adquirindo 'forças', e podem baixar no terreiro simultaneamente aos orixás. Alguns deles são bastante agressivos, sobretudo com crianças pagãs, isto é, que ainda não foram batizadas. Os caboclos desempenham papel importante nos rituais; após o transe de um exu, os cavalos devem dar passagem aos caboclos, para que estes limpem sua pessoa e a recuperem do baque provocado pela passagem dos exus.

Já os exus representam o plano da cultura, vestem-se com as roupas do cotidiano, tais como bermudas, minissaias, miniblusas, coloridas e decotadas, bebem, fumam e dançam de modo sensual. Durante os sacrifícios de animais, bebem do sangue em tom de galhofa e são capazes de atos de crueldade para com os animais de sacrifício. As festas dos exus são permissivas para com o comportamento, para com a interação física e para com os jogos sexuais. Sua presença só pode ser aceita no terreiro depois que os orixás já tenham suspendido. Depois que chegam, somente eles podem ser representados. Os exus são entidades da rua, da escuridão e das encruzilhadas. Vestem-se, falam, riem e se comportam escandalosa e exageradamente, reproduzindo padrões morais peculiares às rodas de samba e às festas populares. São, contudo, considerados eficazes no atendimento das solicitações que lhe são feitas em troca de pequenas dádivas de bebida, cigarros etc.

De maneira resumida, apresentam-se três modelos distintos, antagônicos, mas complementares, de realização da pessoa no culto afro-brasileiro. O primeiro modelo, representado pelos orixás, corresponde à pessoa sagrada, pura e comedida que domina o espaço da casa, tido como limpo; sagrado; em certa medida, doutrinado; controlável e previsível dentro de determinados limites.

O segundo modelo, representado pelos caboclos, corresponde à pessoa que manipula a natureza; expressa baixo grau de socialização; e ocupa posição liminar dentro da casa. Posição esta que lhe garante maiores possibilidades de trânsito entre o espaço da casa, ou seja, a cultura religiosa/sagrada, e o espaço fora da casa, isto é, a natureza.

O terceiro modelo, representado pelos exus, corresponde à pessoa que determina seu próprio destino; que pode manipular o perigo; que põe em jogo as regras morais ditadas pela sociedade. Os exus fundem e confundem, ao mesmo tempo, o lado lúdico, o lado sagrado e o lado mundano/cotidiano da vida das pessoas que participam e se dedicam ao ritual e, é neste sentido, que são pensadas pelos seguidores da umbanda como as entidades mais difíceis para relacionamento. Por outro lado, assim como os caboclos, os exus estão subordinados aos orixás, uma vez que são considerados seus

escravos, sempre cabendo-lhes o trabalho mais sujo e mais pesado, que o orixá não quer fazer para não ter que lidar com porcaria.

Para poder manipular as 'idiossincrasias' de cada entidade, o indivíduo começa seu processo iniciatório muitas vezes na infância. É fácil observar, dentro e fora dos terreiros, a presença de crianças das mais variadas faixas etárias, participando ativamente dos rituais. O aprendizado começa, muitas vezes, no colo da mãe. Muitas mulheres levam seus filhos ainda de colo aos terreiros, ficando ali por várias horas. Os bebês circulam de braço em braço, dormem, acordam e prestam atenção em tudo. Aos poucos vão se acostumando com as cores, as músicas, as pessoas.

As crianças maiores dão seguimento a este processo de várias maneiras, seja cantando, dançando 'candomblés de lata', reproduzindo o transe, a partir da observação atenta das peculiaridades que caracterizam cada entidade. Quando crescem já estão aptas a, de um 'momento para o outro', 'bolar' no terreiro. Há o caso de duas irmãs que 'bolaram' aos 13 e aos 14 anos de idade, respectivamente, em uma das casas que elas, sua mãe e outras irmãs já freqüentavam para apreciar há muitos anos. Atualmente, ambas já são filhas-de-santo feitas há quatro anos.

Neste sentido, as casas de culto afro-brasileiro em Ribeira constituem espaços abertos para a socialização, para a construção e reprodução de identidades, mas, sobretudo, para a operacionalização de variados modelos de pessoa. É possível observar os processos sociais que resultam na construção e operação destes modelos, com base em alguns aspectos fundamentais que lhes são recorrentes.

Torna-se preciso pensar, portanto, no caráter terapêutico de uma série de rituais que são realizados nas casas de culto afro-brasileiro, dentre estes, as festas e obrigações, trabalhos de chão, trabalhos de confirmação e batizado de santo. As festas acontecem de acordo com um calendário ritual oficial, estabelecido pela casa, e seguem em sintonia com as comemorações católicas. Nestas ocasiões gasta-se dinheiro com roupas e comida, e o aspecto lúdico prevalece ao aspecto religioso.

Já nas obrigações, tal como o ingorossi, os filhos-de-fé devem comparecer ao terreiro uma ou duas vezes por semana, para participar das rezas de obrigação. Esta sessão, aberta ao público, tem por objetivos principais a proteção espiritual, o aconselhamento aos participantes e a reafirmação da fidelidade dos filhos-de-fé ao terreiro. Após as orações e cânticos, o principal guia se manifesta e as consultas ou as caridades têm início.

A diferença entre consultas e caridades está na reciprocidade social ou econômica. Para fazer consulta, o cliente paga uma quantia em dinheiro; quando se pede caridade não há pressuposto do pagamento, mas espera-se retribuição na forma de agrados ao zelador e a sua família. Dar um agrado significa ofertar gêneros alimentícios, como peixes, mariscos, frutas da estação, farinha etc., bem como produtos usados nos rituais. Do ponto de vista social, a caridade é mais importante que a consulta, por fortalecer as relações de reciprocidade entre o zelador e sua clientela.

O ingorossi é ritual propiciatório e terapêutico, estabelece a comunicação e o contato entre as pessoas e as entidades e funciona como instância pré-socializadora, fornecendo orientação aos indivíduos que precisam fazer os trabalhos de maior complexidade. De um lado, para quem já passou por tratamento, o ingorossi é espaço de

reafirmação terapêutica. Por outro, o trabalho de chão, a confirmação e o batizado do santo são etapas mais especializadas e centradas na pessoa doente, representando a "morte ritual e renascimento ritual" (Douglas, 1976:120).

Quando uma pessoa vai a um ingorossi em busca de tratamento, o principal guia da casa faz a identificação do problema, das causas e marca como o trabalho de chão deverá ser feito. Para este trabalho, também chamado de trabalho de limpeza, a pessoa deve ficar no quarto, em reclusão de três a sete dias, deitada sobre uma cama de folha, para ter seu corpo purificado. O trabalho de chão demarca o estado liminar entre a doença e a experiência posterior à doença.

O ato de limpar o corpo representa o início do processo de ressocialização da pessoa. A reclusão no quarto é quase total, pois "no decorrer dos ritos, eles [os doentes] não têm lugar na sociedade" (Douglas, 1976:120). O contato entre as pessoas em estado liminar e a sociedade se dá através do zelador, a mãe-pequena, o pai-pequeno e, às vezes, alguém da casa que seja responsável pela limpeza do quarto e pela alimentação do doente, 'promovendo' a passagem entre a 'impureza' e a 'pureza'.

Após a limpeza do corpo, a pessoa pode sair do quarto e circular pela casa do zelador, porém sem autorização para ir à rua, espaço que escapa ao controle imediato. Em um intervalo de três dias, prosseguem os ensinamentos fora do quarto e 'testam-se' preliminarmente as categorias sociais do futuro papel. A pessoa somente retorna à reclusão, onde permanecerá por mais sete dias para a confirmação do encantado, se a entidade marcar o cumprimento de resguardos e obrigações posteriores ou no caso daquelas que desejam filiar-se formalmente à casa.

Dentre os três rituais de finalidade terapêutica, a confirmação apresenta maior complexidade. Durante a confirmação, realizam-se sessões diárias de ingorossi, com a presença de todos os filhos-de-fé do terreiro, para promover a interação entre a pessoa que está no quarto e o grupo do qual provavelmente fará parte. Além de demandar maior tempo de reclusão e exigir a participação de maior número de pessoas, os resguardos para trabalho de confirmação impõem nova conduta à pessoa por período que varia entre sete, catorze, vinte e um dias e até a vida toda, no que diz respeito a alguns tipos de alimentos utilizados nos trabalhos. No ingorossi inicia-se da doença desconhecida passando-se à doença causada por entidade mágico-religiosa. No trabalho de chão, começa-se da doença, ou do estado impuro, para chegar ao estado puro, representado pela limpeza de corpo na cama de folhas. A confirmação, por fim, eleva o doente à posição de pessoa curada, instância de legitimação do tratamento e da capacidade do zelador.

A necessidade de fazer trabalho – de limpeza ou de confirmação – é determinada pelas características do problema. Dentre estas, as primeiras a serem analisadas pelo curador são a causa e a manifestação. Uma pessoa cujo sofrimento – na interpretação dos envolvidos – não tenha ação mágica ou força sobrenatural como causa principal ou instrumental, dificilmente será encorajada a dar seguimento ao tratamento que manipula elementos mágico-religiosos. Pode-se dizer que a adesão efetiva ao tratamento em casas de culto afro-brasileiro não pode prescindir da socialização prévia do doente ou da família neste sistema, condição necessária, na maioria das vezes, para o sucesso deste tipo de tratamento.

Referências Bibliográficas

Boddy, J. Spirit possession revisited: beyond instrumentality. In: Durnam, W. H. (Ed.) *Annual Review of Anthropology.* Palo Alto: Annual Reviews Inc., 1994. v.23

Bourdieu, P. *A Economia das Trocas Simbólicas.* São Paulo: Perspectiva, 1974.

Brandão, C. R. *Identidade e Etnia: construção da pessoa e resistência cultural.* São Paulo: Brasiliense, 1986.

Cunha, M. C. *Antropologia do Brasil.* 2ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

Dantas, B. G. *Vovó Nagô e Papai Branco: usos e abusos da África no Brasil.* Rio de Janeiro: Graal, 1988.

Douglas, M. *Pureza e Perigo.* São Paulo: Perspectiva, 1976.

Duarte, L. F. D. *Da Vida Nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas).* Rio de Janeiro: Zahar/CNPq, 1986.

Fajans, J. The person in social context: the social character of baining "Psychology". In. White, G. M. & Kirkpatrick, J. (Eds.) *Person, Self, and Experience: exploring pacific ethnopsychologies.* Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1985.

Foucault, M. Verdade e poder. In: ___. *Microfísica do Poder.* Rio de Janeiro: Graal, 1992.

Fry, P. & Howe, G. Duas respostas à aflição: umbanda e pentecostalismo. *Debate e Crítica*, 6, jul. 1975.

Goldman, M. A construção ritual da pessoa: a possessão no candomblé. In: *Religião e Sociedade.* Rio de Janeiro: Campus, ago. 1985.

Herzlich, C. & Pierret, J. Illness: from cause to meaning. In. Curer, C; Stacey, M. (Eds.) *Concepts of Health, Illness and Disease: a comparative perspective.* Oxford: Berg, 1993.

Lévi-Strauss, C. *Antropologia Estrutural.* Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1974.

Mauss, M. Uma categoria do espírito humano: a noção de Pessoa, a noção de "Eu". In: ___. *Sociologia e Antropologia.* São Paulo: EPU/Edusp, 1974. v.1.

Montero, P. *Da Doença à Desordem: a magia na umbanda.* Rio de Janeiro: Graal, 1985.

Ortiz, R. *Cultura Brasileira e Identidade Nacional.* São Paulo: Brasiliense, 1991.

Turner, V. *Drums of Affliction.* Oxford: Clarendon Press, 1968.

9

Um Retrato de Rose: considerações sobre processos interpretativos e elaboração de história de vida*

Iara Maria de Almeida Souza

Definir e explicar uma doença é ato interpretativo; como tal, envolve reflexão e, em alguma medida, distanciamento. Isto é, quando o sujeito se volta sobre suas próprias experiências para interpretá-las, já não está posicionado dentro do fluxo de vivências. Estas são, portanto, vistas em retrospectiva e aparecem então dotadas de sentido.

No processo interpretativo, em que se busca conferir unidade e sentido a um conjunto de eventos e vivências, os atores lançam mão de um sistema de tipificações. Na visão de Schutz, toda

> *... interpretação do mundo se baseia em um estoque de experiências anteriores dele, que são transmitidas pela tradição, e sob a forma de conhecimento a mão (sic), funcionam como um código de referência.* (Schutz, 1979:74)

Assim, o

> *... homem na vida diária tem a qualquer momento um estoque de conhecimento que lhe serve como um código de interpretação de suas experiências passadas, presentes e determina suas antecipações das coisas futuras. Este estoque de conhecimento a mão (sic) tem sua história particular. Foi constituído de e por atividades anteriores da experiência de nossa consciência, cujo resultado tornou-se agora posse nossa, habitual.* (Schutz, 1979:74)

Para Schutz, o que determina a estrutura deste estoque de conhecimento em cada momento é a situação biográfica do indivíduo, o sistema de interesses teóricos e práticos que fazem parte do seu aqui e agora. Ou seja, o problema ante o qual o indivíduo se defronta naquele contexto define o que é considerado relevante ou não, o que merece ser visto com maior ou menor clareza e o que pode permanecer inquestionado. Portanto, o problema atual e a perspectiva de sua resolução no futuro é que delimita a configuração do sistema de tipificações e relevâncias. A seleção e ordenação dos eventos passados é feita à luz de um projeto; desse modo, o olhar que se volta para o passado é comandado por uma visão do futuro. Neste sentido, o estoque de conhecimento acessível pode ser comparado a uma receita: serve tanto como código de interpretação

quanto preceito para a ação. Por outro lado, este não pode ser pensado meramente como repositório de informações transmitidas pela tradição, ao qual se recorre continuamente segundo as necessidades do momento; é importante ter em conta que, à medida que novas experiências ocorrem, estas são incorporadas ao estoque de conhecimento à mão, modificando-o de tal modo que o ampliam e enriquecem.

O processo de interpretação – em que são articulados eventos e significados – pode ser melhor compreendido quando consideramos as elaborações de histórias ou, de modo mais específico, as construções que os indivíduos realizam acerca de suas biografias. Tais narrativas sempre comportam um esforço de totalização que as experiências vividas não têm. As tendências e recorrências encontradas na vida somente são dadas retrospectivamente; não estão lá desde o início. Na visão de Garfinkel (1967), os atores usam, na elaboração de narrativas, o que ele denomina método documentário (prático), o qual implica a busca de padrão idêntico, homólogo, subjacente a uma grande variedade de realizações e acontecimentos heterogêneos. Na construção de biografias, o indivíduo ordena e seleciona acontecimentos do passado, de sorte que, ao atribuir as circunstâncias presentes ao seu passado, estas assumem uma perspectiva de futuro.

O esforço de elaboração de uma narrativa relativamente coerente sobre a própria vida adquire caráter particularmente significativo quando se dá em momentos de crise. A eclosão da doença como dirupção na biografia, por exemplo, impõe a necessidade de reflexão acerca dos padecimentos, uma problematização a respeito do sentido e do porquê da enfermidade, ao mesmo tempo em que convida a repensar a própria trajetória e o seu conceito de *self*.[1] Ao reconstituir narrativamente uma história de adoecimento, os sujeitos procuram expressar e dar significado à aflição e, neste processo, à própria identidade, isto é, o sentido que tem para si a sua própria situação, continuidade e caráter, resultado de suas várias vivências sociais, as quais passam a ser objeto de reflexão (Goffman, 1978).

Esse trabalho de reconstituição de uma imagem de si que se expressa na narrativa, sem dúvida é esforço que envolve a colaboração de outros. Esta colaboração se dá em, pelo menos, dois sentidos. Por um lado, os outros tidos pelo indivíduo como significativos, os quais representam para ele, em alguma medida, um espelho que reflete quem ele é. O modo como julga ser visto pelos outros – como ele se vê sendo visto – informa a visão que tem de si mesmo. Por outro lado, a construção que é elaborada acerca de sua história deve ser plausível para os que estão em torno, caso contrário o sujeito corre o risco de ver seus esforços para manter certa identidade e trajetória em curso serem desacreditados e, no extremo, inviabilizados.

A presença de outros que contribuem na constituição da identidade dos sujeitos pode ser, percebida na narrativa, pela utilização recorrente de discursos citados, bem como pelo testemunho de atores, em geral ausentes no momento em que a história é contada, o que tanto revela a existência de processos interativos e da participação de outros na construção e interpretação dos fatos narrados quanto funciona como meio de conferir legitimidade à versão apresentada, tornando-a assim mais crível e aceitável para a audiência.

O objetivo deste artigo é tecer, com base em uma narrativa de enfermidade, considerações a respeito do processo de adesão a modelos explicativos na interpretação da aflição e da escolha terapêutica. Além disso, visa a discutir a narrativa, ela mesma, como estratégia na construção de uma versão coerente de si e de uma trajetória que expressa a existência de diálogo com outros, ao mesmo tempo em que serve como instrumento desse diálogo à medida que se constitui em elaboração necessariamente com sentido e plausibilidade para os que estão em torno.

A História de Rose[2]

Rose tem 27 anos e vive no nordeste de Amaralina, bairro da classe trabalhadora de Salvador. Ela passou recentemente por um período de internamento em hospital psiquiátrico. A decisão de internar – tomada por um irmão, Zé, e apoiada pelos vizinhos – aconteceu após uma crise em que, movida pelas alucinações e delírios, Rose mergulhou em um tonel de água, deixando apenas a cabeça emersa, aí permanecendo por vários dias, sem atender aos conselhos para que deixasse a água. Antes de realizar o ato que culminou com a hospitalização, Rose já dava sinais de que não estava bem há algum tempo: ouvia tambores, vozes, gritarias em sua casa, como se estivesse sendo realizada uma cerimônia de candomblé ou umbanda, contudo sem haver a presença de qualquer pessoa.

Percebendo alguma perturbação em Rose e conhecendo seu envolvimento com casas de pai-de-santo, duas vizinhas, adeptas de uma igreja pentecostal, convidaram-na para assistir aos cultos da igreja, acenando-lhe com a possibilidade de resolução de seus problemas através das orações do pastor e de obreiras. Tal tentativa não teve sucesso, e a situação de Rose foi-se deteriorando até chegar à crise e à hospitalização.

Ao sair do internamento – quando já não apresentava mais alucinações –, Rose deveria continuar com o uso de medicamentos para manter seu estado sob controle. O irmão se encarregou de administrar os remédios e ela submeteu-se a seus cuidados, deixando visível, entretanto, que era a contragosto que permanecia sob tratamento médico.

Na narrativa tecida por Rose acerca de sua aflição, observa-se que esta tem origem bem antes do surgimento da enfermidade mental, pois ela conta que desde sua concepção e nascimento, as forças que viriam a moldar e determinar o seu destino já estavam em movimento, pontuando sua vida com uma série de reveses, entre os quais a doença. O pai figura em sua história como a fonte de todo o mal que lhe sucede.

Antes mesmo de ser concebida, seu pai – segundo ela, ligado a 'feitiçaria' – havia feito um pacto com o mal, oferecendo a imolação de um recém-nascido de seu próprio sangue como contraprestação ao favor pedido. Durante o período em que estava sendo gestada a criança – no caso, Rose – destinada ao sacrifício, o pai já manifestava por ela profunda hostilidade e, para fazê-la sofrer, batia violentamente na esposa grávida. Estes episódios, que Rose não poderia ter conhecido diretamente, foram-lhe narrados quando estava adulta.

Minha mãe contava pra mim. Ela contou tudo. Aí eu disse 'por que isso?', ela 'eu não sei, desde a gravidez sua ele sempre rejeitava, ele não gostou'... 'Ele sempre me maltratou na sua gravidez'. (...) Ela só tinha medo dele [o pai] *querer fazer alguma coisa, né? Ela disse... ela disse que na minha gravidez ela sofreu muito, inclusive não teve nem tempo dela ir pra maternidade, me teve na rua mesmo, quase onze horas... quase doze horas da noite.*

Eu vou falar uma verdade, espero que não machuque você, porque me machucou muito quando eu soube. Eu acho porque esses pessoal, como eu já lhe disse, faz parte de umbanda, de... essas coisa... ele faz aquela parte porque... pacto, parte, pacto, tudo que é ruim eu não entendo direito. Quando a pessoa parte pra esse lado aí, que é um lado pior, que é a pessoa fazer parte com seu próprio filho, né? (...) Que às vezes tem pessoas que promete ao diabo seu próprio sangue, né? Então ele pretendia comigo ele não conseguiu... ele não conseguiu, além de eu ter nascido feminina, ao que ele queria, meu anjo guarda foi forte, né? Meu anjo guarda foi forte... ele não pôde comigo, né? E Deus, e Deus foi forte que ele não conseguiu fazer o que ele pretendia fazer... o sacrifício que ele pretendia fazer. Pra o que ele queria... ele não ia conseguir o que ele queria.

P – E ele queria o que, Rose?

R – Não sei, não sei. Ói, é uma macumba pesada aí do mau.

Ele faz, ele faz, porque eu acho o seguinte, a pessoa que tem seu coração, jamais vai querer fazer um mal a seu próprio sangue, então ele já tá possuído pelo que é ruim, por ele mesmo, pela própria maldade que ele possui nele mesmo, na própria pessoa. Então, quando a pessoa já tem essa maldade, ele pratica atos piores, que ele é capaz dele mesmo... praticar, entendeu? É pra mim irreconhecível, isso aí, e ele é capaz de fazer coisas piores.

Ter nascido mulher, na história contada por Rose, foi o que impediu a consumação do sacrifício a que era destinada, pois o trato feito envolvia a oferenda de criança do sexo masculino. A condição feminina, que a poupou da morte, contudo, não é vivida por ela sem ambivalência. Salvou-lhe a vida, mas, ao mesmo tempo, colocou-a em situação de fragilidade perante o mundo e os homens, pois as mulheres, segundo Rose, são relativamente menos poderosas, estando, portanto, em clara posição de fraqueza quando enfrentam poderes masculinos. Assim, a condição que a fez viver conforma, de modo concomitante, algo que torna mais difícil sua trajetória no mundo.

[Falando da briga entre os pais] *Eu sentia ódio, né? Ódio de querer acabar mais com a vida dele e dela, a de minha mãe e a dele, então, eu me sentia era, me diminuía, apesar de eu ser pequena, me sentia menor ainda, de não ter crescido e de não ter sido filho homem, pra poder tentar resolver o caso. Porque se eu fosse filho homem, eu não tava na dúvida nem nada, esse homem aí, ou ele tinha morrido, ou ele tinha acabado com isso de uma vez só. Eu tinha uma coisa comigo, se eu fosse filho homem, ou meu pai e minha mãe ia viver pelo resto da vida feliz, os dois, porque quem ia acabar era eu, porque o que ele tinha na mão, ele não conseguia possuir mais. Eu que ia destruir, mas de uma*

maneira que não viesse a prejudicar ela [a mãe]. *Eu ia buscar lá onde tivesse, eu ia descavar lá...* [inaudível], *pois eu ia enfrentar dentro das matas igual diabo, mas eu ia fazer isso pela felicidade dela e do outro irmão. Eu ia fazer, sim.*

Três meses após seu nascimento, Rose foi enviada para viver com o padrinho, longe da família. Pouco tempo depois, era trazida de volta para casa. Sua infância, de acordo com a narrativa, foi uma sucessão de idas e vindas da casa do padrinho para a casa da família, em obediência à vontade do pai, a quem ninguém, nem a mãe ou os irmãos, ousava desafiar. Além disso, a capacidade de o pai fazer com que todos se submetessem a sua vontade, mesmo os filhos e a esposa, a quem surrava com freqüência, configura um dos sinais apontados por Rose para evidenciar seu grande poder de manipular as pessoas, tornando-as incapazes de resistir-lhe. Este poder adviria das relações com as forças e entidades 'malignas'. Além disso, segundo Rose, os caprichos do pai não se limitavam a dispor do destino da filha, a quem atraía e repelia. Todos os nove filhos, e mesmo a esposa, eram submetidos a brutais castigos corporais.

[A respeito da relação com a família] *Não foi uma relação entre amores* [?], *não. Muito menos meu pai. Eu nasci lá no Tororó* [bairro de Salvador], *então fui enviada pr'aqui* [para o nordeste de Amaralina] ... *Mas morei lá mesmo no Tororó, no dizer de minha mãe, que ficava aquele jogo de empurra, aí dava assim pra um padrinho, que era pra passar 15 dias, um mês, aí... Aí, às vezes ele sentia aquela vontade... aquela saudade assim, mas mandava me buscar, depois ele 'não, tá bem, pode levar, pode levar de novo', tá entendendo?*

Ele vivia batendo muito em minha mãe, espancava minha mãe, espancava a gente, mesmo depois da gente grande, pegava pau, quer dizer, pros meninos, né? E pra mim mesmo. Uma vez ele me deu uma surra, minha filha, eu fiquei com esses peito daqui e as mão tudo roxa, toda roxa. (...) E tinha um negócio de cinto de couro, aquelas palmatória assim de pau, ele gostava de sair batendo a cabeça da gente tudo na parede. (...) Uma vez eu escapuli da mão dele, ele ia, pegou, botou o cinto aqui assim, botei a língua até aqui, ó, aí minha mãe disse 'oxen! Gordinho, assim você vai matar a menina', na hora que minha mãe virou pra falar isso, ele aí tava com um chinelo, tava batendo no meu rosto, ele jogou o chinelo na cara dela, jogou o chinelo na cara dela... 'Cala a boca você, tá dando ousadia a essa vagabunda!'

Eu achei uma coisa errada, ela [a mãe de Rose] *deveria ter tomado uma tenência* [com relação ao pai], *apesar dele, sabe como é esse pessoal que faz pacto com essas coisa ruim, sempre tem aquela pessoa assim nas mãos. Então ela também, ela vivia assim, ela praticamente era ela uma vítima.*

Ói, que Deus me perdoe, eu não gosto de julgar, não, sabe, mas ele vivia levando os filho pra esses tipo de coisa, preparando os filho pra fazer o mal, como ele preparou, então, hoje em dia o que é que lhe acontece... são tudo [inaudível], *ele hipnotiza as pessoa no que ele preparou pra fazer o mal.*

As atividades do pai no terreno da 'feitiçaria' não eram ocultadas da família. As próprias crianças – inclusive Rose – eram levadas a presenciar sessões de 'magia negra', embora não conhecessem ainda o significado de tais rituais.

A lembrança desses eventos funciona na narrativa como mais um argumento para mostrar o profundo envolvimento do pai com a 'macumba', indicando também sua pretensão de introduzir os filhos em tal universo ou, ao menos, de dominá-los espiritualmente. O objetivo foi alcançado, segundo Rose, com quatro de seus irmãos, que foram preparados para acompanhar e suceder ao pai nos domínios da magia negra.

Na adolescência, os conflitos com o pai se acentuaram. Cedo, Rose teve um filho e saiu de casa para viver com um rapaz. A união do casal foi conturbada. Ela intuiu a presença do pai por trás dos problemas de relacionamento com o companheiro; no entanto, naquele momento, não chegou a romper com ele.

Rose alimentava sentimentos ambivalentes para com o pai; mesmo percebendo que ele conspirava contra ela, não conseguia distanciar-se completamente ou afrontá-lo. Assim, sua situação conjugal foi-se deteriorando até chegar à dissolução da união.

> *E você sabe, se eu fosse outro tipo de pessoa, tinha matado ele. (...) Não queria ver o mal dele, sabe, não quero pra mim, não quero pros outros. Não me aproximava dele, mas sabia que ele fazia sempre meu inferno com o pai do meu filho, fazendo um inferno, minha caveira, mas eu me sentia feliz que eu tava distante dele. (...) Então uma vez eu cheguei pra ele e disse que ele não se metesse em minha vida, com meu marido, uma vez eu cheguei pra ele e disse isso, quer dizer, ele aí ficou calado, calado assim e tal 'humm, humm, humm', assim, sabe? Olhei pra ele assim... quer dizer, é uma coisa que não tinha aquele ódio assim dele, certo? Que ele vivia lá e eu cá, eu sei que ele fazia os inferno dele, mesmo distante sempre ele fazia, mas eu cheguei ao ponto de chamar ele pra conversar, achei que talvez isso ia resolver, aí continuei na minha, então, quer dizer, é uma coisa que não queria o mal dele, certo?*

Os problemas, em especial na esfera amorosa, se sucederam. Segundo Zé, irmão de Rose, ela teve uma série de relacionamentos com homens casados, sem chegar a firmar aliança com nenhum deles. O projeto de manter um homem a seu lado foi frustrado várias vezes. Rose não conseguia se estabilizar com nenhum parceiro. Em sua concepção, a trajetória que sua vida deveria seguir era sempre interrompida, perturbada, por algo pelo qual nem ela nem os parceiros eram responsáveis, pois ambos eram vítimas de forças que estavam além de sua percepção e que ela conseguia apenas confusamente visualizar.

Também na esfera do trabalho, as coisas não estavam melhores; depois de ter um emprego invejável para muitas mulheres de sua classe – camareira em hotel cinco estrelas –, foi demitida e não conseguiu outra colocação semelhante.

Procurando solução para os problemas, depois de ter ouvido vários conselhos, Rose buscou uma casa de pai-de-santo que tinha 'sessão de mesa branca'. Um dos membros da sessão, sob o pretexto de limpar seu corpo, recomendou-lhe que tomasse banho de cachaça imediatamente antes de participar de um ritual. Para surpresa de Rose, o pai-de-santo a impediu de participar da reunião por conta deste fato e ordenou-

lhe que, para voltar a sua sessão naquele dia, tomasse imediatamente um banho. Neste momento, Rose sentiu-se tomada por uma 'moleza', não conseguiu obedecer. Acabou por concluir que essa sensação corporal não era casual, mero cansaço, mas resultado de 'algo feito' pelo pai para impedir que ela conseguisse desfazer seu feitiço. Revelou-se também, para Rose, que a próxima investida paterna seria contra a própria casa-de-santo. Tentou avisar aos membros da sessão acerca do perigo iminente. O pai-de-santo não apenas não lhe deu ouvidos, como, estando já influenciado pelo pai de Rose, sugeriu-lhe que deixasse de freqüentar sua casa.

> *Aí o dono da casa fez 'bom, ói, gente, aqui eu não uso isso. Vocês que forem passar cachaça vão tomar banho de novo'. Aí eu fiz, aí eu fiquei tão lerda, eu fiz eu, mas não tinha que passar ungüento, não, aí eu fiquei quieta, fiquei lerda, não fui tomar o banho como ele mandou, todo mundo tomar o banho como ele mandou, todo mundo tomar o banho, né. Aí eu fiquei na minha, quieta. (...) depois as minhas costas queimou, meu corpo queimou todo. Foi. Mas, mas não foi logo, não, foi quando o homem disse que não...* [inaudível] *tava mais me aceitando, que não era para eu ficar mais lá... Já foi porque ele já tava de cabeça feita pelo cara* [o pai].

Rose, depois desses acontecimentos, sentiu-se distante da possibilidade de reordenar sua vida de acordo com princípios que a conduzissem a um caminho desejado. A interpretação de Rose para este episódio foi que seu pai, sabendo que ela estaria prestes a libertar-se do jugo sob o qual a mantinha, interferiu para minar suas possibilidades de romper a teia em que estava enredada.

Pouco tempo depois, Rose aproximou-se de Lene, mulher ligada a uma casa de umbanda, que conseguiu ver de imediato o 'encosto' que a perseguia e a aconselhou a cuidar-se imediatamente em local de sua indicação. Ao mesmo tempo, Rose começou a namorar o irmão de Lene e alimentou o projeto de constituir família com ele. Lene, que até certo ponto apoiava a relação dos dois, passou a opor-se ao romance. Mais do que isso – segundo Rose –, usou seus poderes espirituais para impedir que a união entre eles se consumasse. Com o namoro já em crise, Rose engravidou e acreditou que esse novo fato poderia fazer com que o parceiro enfrentasse a família e tomasse a decisão de viver com ela. Ao contrário do que esperava, o rapaz não concordou em assumir o filho e rompeu com ela, que, diante disso, optou por fazer aborto.

Antes do aborto, Rose, já apresentando alguns sinais de problema – 'moleza' – e tendo a sensação de que alguma desgraça se aproximava, passou a freqüentar um culto pentecostal a convite das vizinhas, embora sempre tivesse manifestado preferência por casas de umbanda e candomblé para resolver seus problemas – e, assim como ela, boa parte de sua família. Rose entrou em uma corrente de oração na igreja – realização de orações e cultos em dias determinados da semana para obtenção de objetivo específico – com a esperança de conseguir reaproximação com o namorado.

> *Aí quando foi um dia que eu vi que eu ia me derrotar, que eu ia cair, eu contei a verdade pra ela* [a vizinha pentecostal]. *Eu disse 'ói, eu tô indo numa casa, só que eu tô sentindo que tá acontecendo alguma coisa comigo (...)', é mesmo, eu disse isso a ela, eu me sentia uma derrotada, ela 'não, vai pra igreja que você*

> *vai vencer' – 'eu vou pra igreja, mas eu sei que alguma coisa vai acontecer, não vou desfazer da senho*ra, não'. Eu só tava esperando, tava pedindo a Deus, né, botei o nome do meu namorado lá na igreja, e tal.

Essa incursão pelo pentecostalismo resultou em mais uma tentativa vã com relação à pretensão de reatar com o parceiro. Todavia, Rose só abandonou definitivamente a igreja depois de uma sessão em que ela, manifestada por entidade da umbanda em ritual de cura pentecostal, tornou-se o centro das atenções e orações de obreiras e fiéis. Esta experiência, longe de representar um passo para a salvação, provocou sensações profundamente negativas em Rose. Assim ela descreveu a cena:

> *Sabe o que aconteceu, eu aí fiquei pensando, dançando lá dentro, rodando, rodando. (...) aí queriam me botar lá em cima, eu digo: 'Não, eu tô entre a espada e a cruz', comecei a ver negócios sabe, 'Tô entre a espada e a cruz, não vou subir prá aí, não', fiquei com medo. Aí um negócio assim vermelho na minha perna, parecendo uma meia, daqui pr'aqui deixava vermelho e ficava aferventando meus pés. Aí depois sumia, aí depois quando eu descia, de novo, aí ficava, descia, eu sentia mesmo aquele negócio passando assim, vermelhinho. E foi da barriga, passou para o pé. (...) Aí sabe o que foi que aconteceu?* [??] *prá se deitar assim no chão, eu digo: 'não, que aí tá cheio de bicho'. Mas aí eu me joguei, (...) eu disse assim 'eu sou forte, seje o que Deus quiser, eu vou me jogar aí, se for pra me matar, me mate. Aí me deitei, aí veio assim prá cima de mim, ói, menina, eles ficava me pegando parecendo uns bicho. (...) Os obreiro me pegava assim, com umas unha de bicho, assim, aí começava a fazer aquela oração, eu senti que aliviava assim, (...) eles começaram a fazer aquela oração, me pegava, me beliscando assim. (...) Eles queriam fazer oração, mas ficava parecendo uns bichos, ao meu redor. (...) Depois eu queria correr deles.*

O mal-estar na igreja, o rompimento e a frieza do namorado, que antes parecia 'gostar' dela, fizeram-na desconfiar novamente de alguma intervenção externa para impedi-la de estabelecer relação estável. Desta vez, a responsabilidade foi atribuída à ex-cunhada. Todavia, a ação de Lene foi vista apenas como um elo na cadeia de causalidade; no extremo da corrente, ela conseguia entrever a presença do pai interferindo em seu destino. Em sua visão, a razão pela qual Lene se opunha à relação dela com o namorado, além de ciúmes, era que, tendo poderes divinatórios, ela conhecia a extensão e a potência do feitiço que fora lançado sobre Rose e, assim, para proteger o irmão e a família, voltou-se contra ela. Além disso, sugeriu também a possibilidade de Lene ter sido envolvida pelo pai e levada a acumpliciar-se com ele.

> *Eu acho que ele gostava de mim, sim, porque antes ele ficava fazendo proposta de morar num quarto de aluguel comigo, aí eu disse 'eu não, morar de aluguel, não tão cedo ainda e tal', e a irmã tinha falo pra eu me cuidar direito, então ficou aquela misturada, ele falava uma coisa e a irmã ficava me puxando pra cá, entendeu? Ela ficou com ciúme porque do irmão.*

> *Ela não quis eu com o irmão... porque eu tava muito* [inaudível]... *a gente tinha relações, tinha um caso. Então, eu tava querendo uma casa lá* [em Simões Filho, município da Grande Salvador, onde morava o namorado de Rose]. *(...)*

Então, ela aí, quando eu tava saindo daqui pra lá, o cara [o pai] *já tinha ido lá na casa, né, tinha feito a cabeça dela, né, eu não tava sabendo de nada, tava inocente. No intervalo que eu tava indo de lá pra cá, ela já tava mudada comigo, eu senti. (...) Isso quando eu cheguei em Simões Filho, que eu fui atrás dele, aí ele disse: 'Você me dá um tempo aí, minha mãe tá de cabeça feita aí, até eu ajeitar a mãe'. (...) Acho que foi em devido que eu tinha que me cuidar devido ao meu problema, principalmente esse problema de família aí que virou uma bomba dessa... Acho que foi, acho que isso é uma influência muito forte pra quem tá de fora e gosta de viver na paz, sem problema (...) Oh! Quem entende, sabe de tudo, não sabe, não?*

Porque eu namorava com o irmão dela, e meu pai, tem uma coisa, quando ele vê que tem uma pessoa querendo me ajudar, me ajudar, pra tirar o que eu tenho no meu corpo, ele aí quer fazer o mal àquela pessoa. (...) Ela quis me ajudar, então ela foi praticamente também usada, né? Pelo uns conselho negativo, algumas coisa negativa que eu não faço idéia dos... do que podia ser, né?

Após fazer aborto, tendo ficado sem parceiro e rompido a relação com Lene, que ela sentia como um apoio, sem emprego e sem vislumbrar possibilidade de solução para a sua vida, frustradas suas tentativas de resolução na umbanda e no pentecostalismo, Rose tornou-se presa constante de sentimentos de que alguma tragédia iria consumar-se em sua vida. Com este sentimento, ela se entregou a um estado de apatia. Seu corpo, por outro lado, tornou-se palco de sensações dolorosas e de manifestações estranhas.

Eu não saía, à vez o gás tava lá escapando, ficava lá dentro de casa, ali ó, passava quase dois meses sem botar a cabeça do lado de fora. Com a lâmpada acesa, aquela quentura no meu corpo... ficava tipo uma sentinela, em pé. Em pé, e não podia dormir.

Botava aquela gosma assim dentro de casa, assim, não tinha nada pra botar de dentro pra fora, o negócio chegou até a falar dentro de minha barriga, e isso no começo me comia, e você chegava a ver eu urrar aquela coisa assim, eu urrei mesmo, parecendo um animal, (...) ficou aquele negócio 'orororoó', grossão, foi mesmo, querendo falar... Da barriga. Subia assim pra mim, ó, 'caaammmm' [engrossa a voz], *parecendo assim um demônio, aí tava assim, virava assim, assim, assim, olhava assim, atravessava.*

Mas só que eu senti duas furada dentro de mim, e subiu um negócio pequeno até aqui [o pescoço]. *Aí vem pr'aqui, anda. Aí eu perguntei prum paquera o que é que eu tenho no corpo: 'eu acho que é pedaço de carne de defunto que você tem'. Ele disse que é feito com negócio de defunto...* [inaudível]. *Esse trabalho que ele fez é com negócio de defunto... ele disse que é muito forte.*

Bebi, bebi, bebi, quando eu cheguei em casa, adivinha o que foi que eu vomitei? Polva, polva, macumba pura. (...) acho que eu já tinha essa polva mandada por ele, porque o negócio subia na minha garganta, com a voz dele, apertava a minha garganta com a voz dele, só pode ter partido de quem?

Após expulsar do corpo uma substância que, para ela, comprovava a existência concreta da bruxaria, mas sentindo-se impotente para vencê-la, Rose não conseguiu evitar que o caos tomasse conta de sua vida. Começou a ouvir vozes que a insultavam, cantar de galos, tambores, músicas que falavam de exu e de morte. Foi em meio à confusão, às alucinações, que se revelou, para ela, com clareza cristalina o que até então era intuído: o pai era responsável pela desordem que permeava sua vida.

> *Aí foi quando eu tava em casa, aí recebi a Padilha* [?], *né? Comecei a dar risada, as costa queimando, mas eu sofri, viu? Parecendo que tava queimando minha alma, parecendo que queimava a minha alma... eu não ficava calada: 'Eu quero home, home, eu quero ver home', e nessa hora risadas pra lá, aí dizia que era... falando essas coisas... sozinha, mas falando não é? Realmente foi tão confuso, é mesmo... Porque, olhe bem, dentro de casa eu sentia meu pai, como se fosse assim, um espírito, um bicho, uma coisa assim falando. Falava pra mim: 'Tá com medo, puta, tá com medo, agora? Você tá com medo, puta?' A voz dele toda, Dona. Deus do céu! Ele não tava nas* [inaudível] *(...) e eu chorando com medo: 'Não, eu não fiz nada', chorava, chorava num cantinho, com medo, ali eu senti medo, porque isso aí é incrível, né? Eu nunca tinha visto isso acontecer. E eu continuei chorando.*

Ainda que Rose, em certo sentido, soubesse que era presa de alucinações, pois reconhecia que as vozes que via e ouvia não decorriam de algo que estivesse materialmente presente à cena, tais ilusões dos sentidos não foram pensadas como produto de doença mental, porém como mensagens enviadas pelo pai com o intuito de amedrontá-la, fragilizá-la, fazê-la padecer. Assim, as alucinações conservavam alguma dimensão de realidade, para Rose. Deste período em que viveu enredada nas ilusões, ela conservou a certeza de que o pai mantinha um poder, oculto a princípio ou apenas parcialmente revelado, de manipular sua vida, assim como fez com a mãe e os irmãos.

Para Rose, ela não está doente, mas 'macumbada'; e diz:

> *Eu não sou maluca, eu tô macumbada, a minha família toda macumbada eu não tenho culpa de meu pai ser miserável, não.*

Tal interpretação foi corroborada nas várias casas de pai-de-santo que procurou, inclusive na última delas, visitada depois da saída do hospital, à qual foi levada pelo irmão.

Tendo retomado uma expectativa de resolução de seus problemas nesta última casa de candomblé, Rose voltou-se para seu passado e reconstituiu sua trajetória repleta de desacertos e sofrimentos, à luz desse projeto de cura. Organizou sua narrativa em torno de imagens como a da feitiçaria, da fraqueza e da força, que fazem parte do repertório do candomblé e da umbanda, mas que também consistem de crenças amplamente difundidas no universo religioso popular (Rabelo, 1993).

Rose articulou dentro de um único quadro explicativo, fornecido pela crença em feitiçaria, as diversas aflições por que passava: infelicidade no amor, desemprego, fome, padecimentos corporais, medo e tensão. Em sua narrativa, a doença faz parte de processo mais amplo, que não diz respeito meramente aos sintomas do problema mental; o que Rose considera sintomático e relevante abrange um espectro maior de sinais

e acontecimentos, envolvendo elementos que certamente ultrapassam uma visão biomédica da doença. É toda a sua existência, seus reveses, que foram interpretados ou reinterpretados com base em uma visão de aflição compreendida como resultado de forças 'da macumba' e da 'feitiçaria' que penetram e desordenam a vida, produzindo efeitos negativos em múltiplas dimensões da existência: as relações afetivas, o trabalho e a saúde.

A crise que a levou ao internamento, neste caso, é vista como intensificação de um processo que já estava em movimento desde sua gestação e que culmina com o episódio das alucinações. Ao mesmo tempo em que se torna mais agudo seu mal-estar, revela-se para ela a natureza do que a atinge: a feitiçaria.

O projeto de cura, concebido dentro do candomblé, permitiu-lhe vislumbrar um futuro em que não só os transtornos mentais podem vir a desaparecer, mas em que ela estaria livre para retomar – ou seguir – o curso 'normal' da existência, do qual foi desviada pelos poderes da feitiçaria. A idéia de cura, para Rose, ampliou-se de modo a abranger todas as dimensões afetadas pelo mal: as relações interpessoais, a esfera do trabalho etc.

Entretanto, se a cura completa é algo que está no horizonte de Rose, ela compreende que a melhora obtida – inclusive com o uso da medicação – é resultado parcial e precário. A cura é algo que deve ser continuamente conquistado, ao longo de um processo em que inúmeras batalhas são e serão ainda travadas, que envolvem risco e podem mesmo levar a sua destruição.

> *Então pronto, mas isso vai ter um fim. Vou botar uma pedra em cima, isso aí vai ter um fim. Agora, como é que vai ser esse fim, agora eu vou lhe dizer uma coisa, se for pra eu morrer, prefiro ele. Claro. Quer ver uma outra coisa? Se for fazer tudo pra não atingir ele, meu dinheiro jamais vai pra isso. Eu quero só da minha maneira.*

> [Relato de um diálogo com o irmão] *'Meu irmão, tá vendo aquela coisa que tava lá dentro de casa?', eu disse 'sabe por quem foi mandado?', ele disse 'eu sei, eu sei', eu disse 'já que você sabe, por que você também não se cuida? Porque no lugar que eu tive aí a mulher falou que se a gente fazer um trabalho, se juntar todo mundo... ele morre'. Aí ele fez 'você já pensou quanto é que não vai dar... cada um que se vire', aí ele pegou e falou assim 'não, mas, aí fica um pouco difícil, né?', eu digo 'de seis é, fica mesmo difícil', fica, não fica, não? Por mais que eu queira ajudar até, fica difícil.*

Elemento importante da dimensão da cura é a relação entre força e fraqueza (Rabelo & Alves, 1995). Por meio dessa oposição, Rose expressa a dissimetria sentida entre o poder do pai de controlar sua vida e a própria impotência. Ela concebe a si mesma como o pólo mais fraco na relação com o pai por várias razões, inclusive por ser mulher, embora não se veja como completamente destituída de força. Assim, tenta balizar a sua posição desvantajosa com a utilização de artifícios que relativizam o poder do pai. Ao mesmo tempo, sente-se imbuída de uma força acima de todas as outras, vinda de Deus, que a sustenta e a impede de sucumbir totalmente.

> *Ele tenta me derrubar. Quer dizer, ele fez pra me derrubar, né? Mas como é que um pai tem coragem de dizer, ele vai ver o dele. Não se preocupe, não, aqui eu tô só dando um tempo, que, como mulher, eu sou mais, a mulher sempre é a mais fraca, mais frágil que um homem, né? Pega muito com a mulher. Então sempre aquele lado... Mas eu vou vencer, provar essa energia, essa força, vou vencer.*
>
> *Antes, quando eu tava no poder dele, eu baixava a cabeça, às vezes, mas baixava assim de lado, pra não dar totalmente aquela ousadia de baixar a cabeça assim na frente dele. Esses pessoal quando, que tem um coração perverso, é que mais você abaixa a cabeça pra eles, eles querem montar em cima, ele adora isso. Então baixava assim de lado, dava uma olhadinha, assim rapidinho pra ele, suspendia assim porque não podia fazer nada.*
>
> *Então é um tipo de animal severo, né? Então é um animal que a gente às vezes não tem como lidar com ele, né, então ele fica todo, né? Brabinho, mas, às vezes dá pra gente amansar, né? (...) Ele fica querendo fazer aquele mal, aquele mal e se a gente puder, né, dar aquela tapeação, dá pra quebrar mais a vontade dele...*
>
> *A verdade maior vem do fundo porque, olhe bem, se desde quando aquela própria pessoa vem lhe maltratando, vem lhe excomungando, vem querendo ter distância de você, lhe destruir, sabe, aí você vai sentindo, sentindo que aquilo foi verdade. E vai sentindo e vai assimilando assim; e sabe porque ele não se engrandece? Porque a gente diz assim 'ah, tá vendo como ele não pode, Deus é mais, comigo ele não vai poder nunca'. Então aí tem aquela fé, e se apodera dessa fé e cada vez mais quer crescer com essa fé, mas não pra fazer o mal. Então quer dizer, pra se sentir bem. Olhe, através dos maltrato, dos maltrato dele, eu tive muita fé, mas muita fé em Deus, precisa ter muita fé em Deus que eu vou vencer e ele jamais vai conseguir me destruir então, só isso eu conseguia combater uma que eu vivesse mais um pouco, porque, você sabe, essas pessoas que não têm mais coração, que é dominável com esse tipo de coisa, pra fazer um mal ele não pensa...*

Para combater o pai, principalmente duas estratégias foram vislumbradas: a primeira delas consistiria em fortalecer-se mediante limpeza espiritual – que deveria ser estendida a todos os irmãos – a qual livraria o corpo do mal lançado contra ele, fechando-o para protegê-lo de novas investidas. Isto exigiria a realização de um trabalho em casa de pai-de-santo. Esta ação, entretanto, não foi ainda empreendida, segundo Rose, por dificuldades de ordem financeira. Outra estratégia, vista como mais definitiva, seria a descoberta e eliminação do objeto – um livro de São Cipriano – em que está concentrada a fonte de força do pai, do qual emana o poder de enfeitiçar e manipular a vida de todos. Contudo, para que possa realizar tal intento, faz-se necessário um fortalecimento anterior de sua pessoa, posto que, nas condições em que se encontra, um confronto direto com o pai seria ato temerário e perigoso. Enquanto não chega o momento em que ocorreria o desenlace final, Rose procura munir-se com algumas armas e escudos: entre estes, tem sido fundamental o apoio de um novo namorado, que não só reforça a idéia do mal advindo de feitiço, como conhece orações que podem minorar provisoriamente seu estado.

> *Meu problema é tão grande que além de arrastar a família toda, além de arrastar a família toda, esse homem continua amarrando o que era meu embaixo do livro* (de São Cipriano), *me tendo embaixo dos pés dele, o que eu tenho que conseguir tá um pouco difícil, que é tomar esse livro da mão dele. É, eu tenho que destruir, eu, ah, se eu conseguisse, eu botava aquele fogo ali de banda aberta, ali com todo prazer, ainda ficava assim assistindo pegar fogo* [risos].
>
> *Agora, uma coisa eu vou te dizer, com tudo isso, aqui no meu coração, e fiquei tipo uma vingança, sabe como é? Comigo mesmo. Uma vingança do meu próprio pai, eu tomei pavor a ele com isso.*
>
> *P – E você vai fazer o quê com ele?*
>
> *Até agora eu não tenho pretendência nenhuma, quer dizer, tenho. Não tenho condições até mesmo de me cuidar, mas pra eu me cuidar, chego até a atingir ele. Entendeu? Eu tenho que descobrir que ele tá fazendo mal, eu tenho que descobrir que esses negócios que ele fez deve tá enterrado, deve tá enterrado, tenho que descobrir onde estava, que eu não sei. Eu não entendo, mas tem uma pessoa que entende, que sempre faz orações, eu lhe falei? Tá comigo, já namorou comigo, já me explicou tudo direitinho.*

Ainda que a melhora seja vista como conquista a ser realizada passo a passo até o desenrolar final da história, e que Rose reconheça ter sofrido derrotas para o pai, tais insucessos não a impedem de continuar a olhar a vida – e a enfermidade – dentro do quadro interpretativo dado pela crença em feitiçaria. Mesmo o fato de terem falhado as ações destinadas a reverter a situação encontram sua explicação no esquema dado. Um dos elementos em que Rose se apóia, para confirmar e dar maior sustentação a sua visão do problema, é o testemunho de outros atores. No desempenho desse papel, figura como personagem de especial importância seu irmão Zé. Sua voz, repetida inúmeras vezes por Rose, atesta, por exemplo, que as 'gritarias' que ela ouvia em casa estavam realmente lá, pois o irmão pôde escutá-las; ele parece também estar ciente de que o pai é 'macumbeiro'; por fim, foi ele quem a levou à última casa de candomblé, onde se confirmou mais uma vez o diagnóstico de 'feitiçaria'. Referências a revelações feitas por especialistas do sagrado, como pais e mães-de-santo, citadas na narrativa, funcionam da mesma forma, como modo de conferir maior legitimidade à versão apresentada por Rose.

Comentários

O estoque de conhecimento à mão usado como quadro de referência na interpretação de situações nunca é completamente fechado e homogêneo; ele comporta incoerências e zonas de maior ou menor clareza e precisão. Esse caráter fluido e relativamente pouco estruturado do estoque de conhecimento é que lhe permite dar conta de experiências e acontecimentos que, em princípio, podem parecer contraditórios.

Contudo, não podemos afirmar que seja ilimitada esta capacidade de os modelos interpretativos englobarem e explicarem fatos que parecem incompatíveis entre si ou que os indivíduos estejam de tal modo presos a quadros interpretativos particulares, que estes possam constituir as únicas lentes através das quais conseguem ver o mundo, impedindo a problematização e a crítica de propostas interpretativas anteriormente aceitas (Alves & Souza, 1994).

No caso de Rose, o fracasso das tentativas de cura em agências terapêuticas de candomblé e umbanda não a impedem de adotar uma visão da aflição como resultado de 'feitiçaria' e de empreender ações terapêuticas em casa de candomblé. Ela explica os insucessos anteriores em termos da superioridade de poder mágico do pai ante o qual aqueles pais e mães-de-santo sucumbiram, assim como ocorreu com ela e com toda a sua família. No entanto, não podemos afirmar que Rose está tão presa a concepções e propostas terapêuticas fornecidas pelo candomblé ou umbanda que não seja capaz de distanciar-se destas e submetê-las à crítica; o exemplo de que isto ocorreu é a incursão de Rose à igreja pentecostal, para a qual foi levada pelas vizinhas.

Pode-se argumentar que, quer seja no candomblé, na umbanda ou na igreja pentecostal, a busca de resolução para os problemas, realizada por Rose, assenta-se em solo comum de crenças, do qual faz parte a crença em feitiço; esta seria, assim, uma zona de pressupostos, ou seja, um setor do mundo que parece não necessitar de maiores investigações e sobre o qual se apóiam as diferentes interpretações. No que concerne a esta questão, há dois pontos a observar: primeiro, o que fica na zona de pressupostos e, portanto, não é questionado, ele mesmo assunto a ser definido em cada situação; é o interesse à mão que motiva o pensar, projetar, agir; que divide o campo não problemático do problemático e distingue as zonas de relevância. O segundo aspecto, é que não se pode deixar de ter em conta que qualquer questionamento do mundo surge com base naquilo que é tido como suposto, em algo que se acredita conhecer.

A interpretação dada, sua problematização, reinterpretação, escolha entre visões e cursos de ação alternativos não emergem de uma preferência a partir da indiferença. Uma escolha é "o surgimento de uma preferência unificada a partir de preferências concorrentes" (Schutz, 1979:150). As escolhas entre interpretações e ações terapêuticas são, portanto, possibilidades problemáticas, originadas da dúvida, da existência de diferentes perspectivas. Na definição da situação, o ator transforma seu mundo de possibilidades em aberto em possibilidades problemáticas (Alves & Souza, 1994).

A escolha entre possibilidades distintas, ao mesmo tempo em que remete às experiências passadas, refere-se também ao futuro. Nas palavras de Dewey (apud Schutz, 1979), deliberar significa "um ensaio dramático na imaginação de várias linhas de ação concorrentes possíveis". A escolha implica, portanto, projetar, tecer fantasias dentro de um quadro dado de acontecimentos e conhecimentos já incorporados pela experiência. Ao mesmo tempo, o fim futuro visado pelo projeto é que vem iluminar, em retorno à situação presente, conferindo a esta seu significado. Para Rose, a formulação de um projeto de cura, que inclui o recurso a tratamento em casa de candomblé, orienta o olhar que ela lança ao seu passado e dá sentido a sua vida, segundo

ela, uma trajetória marcada desde sempre pela relação com o pai e, por meio deste, com as forças da 'magia negra', que serão detidas pela adoção de medidas terapêuticas.

A adesão a esquemas interpretativos e a escolha de tratamento, desse modo, não pode ser pensada exclusivamente em termos do repertório de possibilidades dentro do universo cultural no qual os atores estão inseridos. É fundamental ter em conta o uso a que se prestam os símbolos e imagens de um dado universo ou as respostas particulares que suscitam e que são incorporadas reflexivamente às percepções, sentimentos e estados que compõem as trajetórias passadas dos indivíduos, às quais são atribuídas novas cargas significativo/emotivas (Souza & Rabelo, 1995).

A reinterpretação do passado à luz das circunstâncias atuais e dos projetos que estão orientando as ações dos indivíduos se faz concomitantemente a um processo de reconstituição da identidade. No ato de reconstruir narrativamente uma trajetória em que não apenas um caso de doença, mas a própria biografia do indivíduo é refeita, procura-se encobrir inconsistências e preencher as lacunas presentes na história. Através do relato, um comportamento, recordações e eventos são retrospectivamente reconhecidos como recorrentes e representativos de uma tendência; são tratados como 'documento de' ou como 'apontando para' um suposto padrão subjacente à trajetória do indivíduo. E depois de revelado ou, para dizer melhor, construído o padrão, este pode ser confirmado por eventos posteriores. No entanto, como as novas ocorrências nunca preenchem completamente as expectativas, na medida em que se desenrolam os acontecimentos, os próprios padrões supostos vão sendo modificados para que se possa manter a unidade e a coerência da história (Garfinkel, 1967).

Por conseguinte, na narrativa de Rose, elementos são selecionados e enfatizados com o intuito de evidenciar a coerência, o sentido da história que vem narrando: a maldade do pai revelada pela sua brutalidade na relação com os familiares, sua capacidade de seduzir e manipular as pessoas, o fato de levar crianças a sessões de magia negra, o conteúdo das alucinações – a voz do pai gritando insultos, as pegadas do cavalo de São Jorge –, os insucessos em tentativas anteriores de cura etc., tudo isto é organizado na narrativa de modo a tornar convincente a versão apresentada por Rose de que seu pai é um grande 'macumbeiro', responsável pelas perturbações que ocorrem em sua vida.

Na apresentação de sua história, são descritos, adicionados, diversos fatos e eventos que corroboram e tornam plausível a interpretação. Assim, é conferida uma unidade à narrativa, de modo a formar um quadro em que Rose transcende o aqui e agora, "estabelece pontes entre diferentes zonas dentro da realidade da vida cotidiana e as integra em uma totalidade dotada de sentido" (Berger, 1985:59). É deste ponto de vista que podemos dizer, como Merleau-Ponty (1994), que as trajetórias individuais contadas padecem de "ilusão retrospectiva", ou seja, tendo concebido uma teia de relações sociais como externas e anteriores a ele, o indivíduo, então, retrospectivamente, assume a predominância sobre seu destino. A trajetória individual é concebida como governada por padrões que parecem ser independentes da apreensão que os sujeitos têm deles e que se impõem a sua apreensão. A realidade da vida é enfocada como constituída por uma ordem de objetos que foram designados como objetos antes da sua entrada em cena.

A exigência de uma coerência na narrativa, ainda que relativa, não atende apenas à necessidade dos indivíduos de conferirem sentido a suas vidas; a elaboração de histórias com certa unidade e, em especial, com plausibilidade serve também, por um lado, como instrumento de diálogo com outros, com os quais eles interagem (Souza, 1995). Quando o indivíduo escolhe determinada forma de se apresentar aos outros, espera que o tratamento recebido seja condizente; todavia, para que isso ocorra é preciso que o personagem seja crível, que a história seja plausível para os outros (Goffman, 1975). Por outro lado, para que uma interpretação seja subjetivamente dotada de sentido, deve ser afirmada como 'real' por outros membros do grupo social. É a colaboração de outros tidos como significativos e a confiança na continuidade desta colaboração que garantem a sustentação de uma versão dos fatos e da auto-imagem dos indivíduos (Alves, 1993; Souza & Rabelo, 1995).

No caso de Rose, a interpretação da enfermidade como resultado de 'feitiçaria', 'macumba', ao mesmo tempo em que permite a ela ordenar sua experiência e fazer emergir um sentido de identidade para si, instaura uma relação dialógica, o que lhe permite compartilhar a sua vivência com outros, para quem a explicação fornecida nestes termos, fundamentada em solo comum de crenças, adquire plausibilidade. Além disso, a versão apresentada adquire maior grau de 'veracidade' para si e para outros quando corroborada por outros que lhe são significativos, como o irmão, e por especialista, como o pai-de-santo que sustenta e legitima a história apresentada.

A presença desses outros com quem Rose dialoga fica evidenciada na narrativa, mediante o uso de discurso citado. Ao relatar sua história, ela lança mão de falas atribuídas a outros – o irmão, pais-de-santo e vizinhos – para fortalecer e legitimar a visão apresentada. Neste sentido, a recorrente utilização do discurso citado chama também a atenção para situações em que a identidade pessoal ou a posição social do falante é, em alguma medida, insuficiente para garantir a verdade ou a autenticidade de suas afirmações. É justamente o caso de Rose, que tem sua própria identidade ameaçada pelo fato de ter passado um período de internamento em hospital psiquiátrico e ser considerada doente mental. A citação, um dos principais meios de fazer com que enunciados passem a ser vistos como fala autorizada, diz respeito à habilidade do falante para trazer à baila vozes alheias que acrescentem peso moral a sua fala (Hill & Zepeda, 1993).

Conclusão

A elaboração de narrativas e a busca de instituições terapêuticas são tentativas de conter a ameaça de desmoronamento do mundo da vida trazida pela doença. Em tais circunstâncias, a própria identidade do indivíduo é colocada em cheque, sua trajetória é repensada, ele se volta para seu passado a fim de descobrir o sentido das experiências vividas. Ao ser contada, a vida encontra sentido, é vista como unidade, é englobada em um horizonte onde o sujeito torna-se personagem e a história ganha perspectiva de resolução (Rabelo & Alves, 1995). E, na medida em que os indivíduos

singulares estão sempre imersos no social, esse processo de redefinição de identidade é também fruto da colaboração de outros tidos como significativos, devendo, para que possa ser sustentada, ser plausível para outros.

Explicar para si e para os outros, dar sentido e coerência, narrar uma história de aflição, reunir sob um nome um conjunto de sensações de mal-estar físico e psíquico são atos interpretativos. Interpretar envolve a utilização de quadros de referência, ou seja, de um estoque de conhecimento à mão, herdado de uma tradição cultural, mas sempre renovado a partir dos novos acontecimentos e conhecimentos. O estoque de conhecimento acessível tem o caráter aberto a retificações ou corroborações de experiências por vir. Se este apresenta como traço essencial a fluidez e a processualidade, a configuração que assume a cada momento é determinada pelo fato de os indivíduos não estarem igualmente interessados em todos os aspectos do mundo ao seu alcance. É o projeto, formulado aqui e agora, que dita o que é relevante ou não na situação. É a projeção de um mundo futuro e o retorno ao presente, em que aquele mundo perfeito e acabado é trazido à cena, o que determina o conhecimento do mundo presente.

Notas

* Os dados analisados neste artigo foram coletados no âmbito da investigação "Social and Cultural Landmarks for Community Mental Health: resources and management related to Mental Health", financiada pelo International Development Research Center (IDRC), cuja coordenação está a cargo do Dr. Carlos Alberto Caroso e do Dr. Paulo César Alves. A coordenação da vertente urbana da pesquisa cabe aos profs. Paulo César Alves e Míriam Rabelo, dos Programas de Pós-Graduação em Sociologia e em Saúde Coletiva da UFBA e aos pesquisadores do Núcleo de Estudos em Ciências Sociais e Saúde/UFBA. Agradeço a Paulo César Alves, Míriam Rabelo e a Maria Gabriela Hita pelas sugestões, assim como a Litza Andrade Cunha, em cuja companhia realizei a entrevista com Rose.

1 *Self* é entendido aqui de acordo com a definição de Giddens (1989:41): "É a soma daquelas formas de recordação por meio das quais o agente caracteriza reflexivamente 'o que' está na origem de sua ação. O *self* é o agente enquanto caracterizado pelo agente. *Self*, corpo e memória estão, portanto, intimamente relacionados".

2 Os personagens desta história tiveram seus nomes modificados. O que é contado neste artigo apóia-se basicamente no depoimento de Rose, embora tenhamos acrescentado informações obtidas em conversas com seu irmão.

Referências Bibliográficas

Alves, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3):263-271, 1993.

Alves, P. C. & Souza, I. *Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas Mentais: o itinerário terapêutico*. In: Encontro Anual da Anpocs, XVIII, 1994, Caxambu, Minas Gerais.

BERGER, P. *A Construção Social da Realidade.* Petrópolis: Vozes, 1985.

GARFINKEL, H. *Studies in Ethnomethodology.* New Jersey: Prentice Hall, 1967.

GIDDENS, A. *A Constituição da Sociedade.* São Paulo: Martins Fontes, 1989.

GOFFMAN, E. *A Representação do Eu na Vida Cotidiana.* Petrópolis: Vozes, 1975.

GOFFMAN, E. *Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada.* Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

HILL, J. & ZEPEDA, O. Mrs. Patricio's Trouble: the distribution of responsibility in an account of personal experience. In: HILL, J. & IRVINE, J. (Orgs.) *Responsibility an Evidence in Oral Discurse.* Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

MERLEAU-PONTY, J. *Fenomenologia da Percepção.* 1ed. 1945. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

RABELO, M. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cadernos de Saúde Pública,* 9(3):316-325, 1993.

RABELO, M. & ALVES, P. C. Tecendo *Self* e emoções em narrativas de nervoso. In: REUNIÃO REGIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA – ABA (Merco)SUL, V, 1995, Tramandaí, Rio Grande do Sul.

RABELO, M; ALVES, P. C. & SOUZA, I. The many meanings of mental illness among the urban poor. In: HARPHAM, T. (Org.) *Mental Health and Urbanisation in Developing Countries.* Londres: Ashgate, 1995.

SCHUTZ, A. *Fenomenologia e Relações Sociais.* Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SOUZA, I. *Na Trama da Doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental,* 1995. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Salvador: Universidade Federal da Bahia.

SOUZA, I. & RABELO, M. Imagens do Eu em uma trajetória de enfermidade. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, XIX, 1995, Caxambu, Minas Gerais.

10

Motivações para Doar e Receber: estudo sobre transplante renal entre vivos

Zulmira Newlands Borges

Este artigo* é o resultado de reflexões decorrentes de pesquisa de dissertação de mestrado,[1] realizada entre os anos de 1991 e 1993, ocasião na qual se acompanhou, em dois hospitais de Porto Alegre, a trajetória de pacientes à espera de transplante renal e de pequeno grupo de pacientes que já havia recebido rim de parente doador vivo. Este tipo de transplante é dos mais praticados, em especial pela particularidade de o rim, por ser órgão duplo, poder ser doado em vida, desde que por parente de primeiro grau. Entretanto, o objetivo deste texto é mostrar que a doação entre vivos é desencadeada por aspectos muito mais sociais do que biológicos, os quais se fundamentam em noção mais relacional de pessoa, como será demonstrado a seguir.

Os pacientes já portadores de insuficiência renal crônica, à espera de transplante renal, têm a possibilidade de realizar a diálise, processo de filtração que substitui as funções renais durante o tempo de espera por órgão compatível. O tipo de diálise mais eficaz e mais utilizado é a hemodiálise, na qual os pacientes ficam conectados, por meio da corrente sangüínea, a uma máquina conhecida como 'rim artificial', que substitui a função dos rins. Este procedimento médico é realizado três vezes por semana, variando de três a quatro horas por dia, e pode durar toda a vida do paciente, a menos que ele receba transplante e possa dispensá-lo. Tecnicamente, o transplante renal não é, portanto, a única possibilidade de sobrevida desses pacientes. Entretanto, o transplante acaba sendo desejado, pois o período de hemodiálise é descrito pelos pacientes já transplantados como época de muito sofrimento, angústia, aprisionamento à máquina e dependência.

Importa dizer que o transplante entre vivos é opção bastante dramática na vida de todos os informantes. A seguir, será mostrada como essa possibilidade vai sendo construída, enquanto projeto, para pacientes, doadores e familiares.[2]

Da Doença ao Transplante

O ingresso na hemodiálise é reconstruído, em qualquer ocasião, como momento dramático. Quase sempre constitui evento inesperado, que submete a ordem cotidiana à condição da doença renal irreversível e à dependência de uma máquina.

Tendo convivido por vários meses com pacientes em hemodiálise, pôde-se observar que, entre aqueles que estavam a menos de um ano sob esse tratamento, era comum a idéia de que o rim poderia voltar a funcionar, portanto o transplante ainda não configurava projeto concreto.[3] A idéia de se submeter a um transplante vai sendo construída lentamente pelos pacientes. Esta cirurgia é sempre vista como 'última alternativa', ou seja, o que predomina constantemente nesse período é a esperança de não ter que necessitar de tal procedimento. Nos primeiros meses de hemodiálise, os pacientes têm a expectativa de obter cura mágica ou religiosa e são constantes as buscas por curas alternativas que possam evitar ou encurtar o tempo de hemodiálise, percebido como elemento desordenador da vida do sujeito.[4]

Com a continuidade da hemodiálise e a confirmação da irreversibilidade da doença, o enfermo sofre profundas modificações, reconstruindo sua própria identidade social durante essa trajetória. Após alguns meses nesse constante convívio hospitalar, ele passa a ver-se como paciente terminal que necessita da máquina para viver. Os horários, o trabalho e até as relações familiares se reorganizam, de forma a adaptar-se à relativa qualidade de vida que essa situação propicia. O espaço hospitalar, entretanto, apresenta-se como local privilegiado para pensar a doença, pois ali permanece, em constante processo de interação, uma equipe de profissionais da saúde – médicos, enfermeiros, atendentes, auxiliares e técnicos das máquinas de hemodiálise –, além de inúmeros outros doentes com diversificadas condições gerais de saúde, com ou sem possibilidade de transplante. É nesse âmbito que cada paciente encontra 'tempo' para refletir sobre sua condição, e é em conseqüência dessa situação de interação e de reflexão que a possibilidade de vir a submeter-se a transplante, seja de cadáver seja de vivos, vai sendo construída.

No que se refere à doação entre parentes – ou entre vivos –, o fato de uma pessoa ser diagnosticada como paciente renal crônico – ou portador de insuficiência renal irreversível – não significa necessariamente que ocorrerá a doação por parte de familiar. Tendo entrevistado e acompanhado dez famílias nas quais ocorreu o transplante entre vivos, pôde-se observar que a doação foi decisão demorada, que envolveu praticamente todos os membros da família, em particular a família nuclear do doador.[5] Nesses casos, o tempo de hemodiálise variou de um a cinco anos, e a decisão de doação abrangeu não apenas o receptor e seu doador, mas toda a família, ou seja, seus pais, filhos e, em particular, os cônjuges.

Durante esse período de convívio hospitalar e de doença, o paciente questiona uma série de valores, pois a situação passa a ser vista como aprendizado de vida, um tempo privilegiado para refletir e mudar. Neste sentido, o tempo ali despendido, que pode ser considerado 'morto' em relação ao trabalho, pois é o não-trabalho, adquire outro valor, pois é tempo de aprender com as experiências dos outros doentes – inclusive, com as crianças que fazem hemodiálise – e de mudar valores e hábitos.

Decisão e Sucesso do Transplante

Nesse processo de doença e de espera por transplante, um dos fatores determinantes para a doação e para a aceitação é a certeza do merecimento. O receptor concorda em receber a doação não só porque sua saúde está frágil, mas também porque acredita que pode fazê-lo. A aceitação da doação se dá em função de diferentes fatores, tais como: o sentimento de ter cumprido o que lhe foi imposto em termos de trabalho, esforços e doação para a família antes da doença; o fato de ter passado com sacrifício pela hemodiálise e, com paciência, pelas dietas e restrições; ter seguido as ordens médicas, bem como ter tido forças para enfrentar o período de espera pelo transplante. Enfim, o receptor entende e acredita que a realização e o sucesso do transplante se devem ao seu merecimento.

Muitas vezes, o receptor decide investir nessa possibilidade de receber órgão de parente vivo depois de já estar há alguns anos à espera por órgão de cadáver, de já ter sofrido outros problemas de saúde, de ter perdido algum 'colega de hemodiálise' e de ter enfrentado essas situações com dignidade, confiança e esperança. Nesse sentido, o receptor sente-se moralmente forte e merecedor da solução e 'liberação' mediante o transplante, pois a máquina de hemodiálise é vista, com o passar dos meses, como prisão.

O doador, que era irmão(ã) na maioria dos casos estudados, acompanha toda a trajetória do doente. Depois de alguns meses ou anos de convívio, vindo a ser reafirmada a irreversibilidade da doença, torna-se cada vez maior o esforço por parte do doente para manter-se em hemodiálise, e o doador sente que pode fazer algo para mudar e melhorar aquela situação. Entretanto, por ser decisão que envolve algum risco, os respectivos cônjuges devem ser consultados e inicia-se um processo de negociação dentro da família nuclear, envolvendo também os filhos do potencial doador.

Com base nessa negociação, construiu-se a hipótese de somente ocorrer transplante entre vivos quando predomina, nas partes envolvidas, uma noção relacional de pessoa. A decisão pelo transplante acaba sendo tomada em conjunto – o doador precisa sentir-se apoiado para decidir e o receptor precisa saber que todos estão de acordo para aceitar. A 'união da família' aparece como uma das motivações mais freqüentes. Além disso, é freqüente existir gratidão em relação ao passado, no caso de haver, por exemplo, referência a um tempo em que ele (receptor) sustentou a família. E, por fim, destaca-se um sentimento de responsabilidade pela vida do irmão, ao mesmo tempo em que existe sentimento de culpa por ver o parente piorando, tendo-se consciência de haver possibilidade de fazer algo para ajudá-lo, surgindo também a dificuldade de lidar com a fragilidade do doente.

Esse envolvimento familiar é percebido como fundamental não apenas para a tomada de decisão, mas para o próprio sucesso do transplante. É assim que um dos receptores, quando perguntado sobre as razões de o transplante ter dado certo, ressaltou o envolvimento de muitas pessoas nos 'pedidos' de cura:

> *... todo mundo fez promessa de tudo o que é jeito quando eu não estava bem ... até a madrinha do meu ... meu irmão...* (Maria, 50 anos, dona de casa, receptora)

Para outra receptora, o seu transplante deu certo por causa das 'energias' que recebeu de várias pessoas:

> *Eu senti energia de uma série de lugares tanto dos que já se foram como dos que ainda estão aqui, os encarnados e os desencarnados...* (Neli, receptora, 48 anos, dona de casa)

Como estes depoimentos indicam, a cura via transplante é ordenada, entendida e explicada mediante a existência de várias pessoas que ajudaram, auxílio este que pode ser material, social ou mesmo espiritual. Tais depoimentos ressaltam a importância do apoio dos familiares durante a doença e na fase de espera pelo transplante. A relevância deste auxílio é destacada tanto por doadores como por receptores: uma doadora acredita que o transplante teve êxito graças, especialmente, a sua espontaneidade em doar, ao amparo de toda a família, ao carinho com que se submeteu a todo o procedimento de doação; uma receptora também acredita ter sido fundamental a espontaneidade do doador, assim como foram essenciais o carinho e o apoio da família.

Vê-se, por meio destes relatos, que a questão do transplante ultrapassa procedimentos cirúrgicos e médicos. O que determina o sucesso do transplante é, muitas vezes, o quanto esses sujeitos estavam de fato inseridos em sua rede de relações familiares, já que é dessas relações que sairá o apoio para o transplante entre vivos. A questão biológica, a da compatibilidade consangüínea, que pode ser uma das características do parentesco e que é favorável em termos médicos, torna-se aspecto secundário para os envolvidos, em virtude de aspectos mais sociais.

Transplante entre Vivos e Noção de Pessoa

No Brasil, as doações entre vivos podem ocorrer somente entre parentes de primeiro grau e com autorização judicial, para evitar o comércio de órgãos. Neste sentido, a última lei promulgada sobre o assunto, de 1992, é que orienta toda a questão da doação entre parentes, enfatizando o parentesco consangüíneo, mas abrindo a possibilidade de doações entre cônjuges. Como se sabe, a compatibilidade sangüínea e genética é fator relevante no transplante, pois quanto maior o grau de identificação, menores são as chances de rejeição. Entretanto, assim como o fato de ser parente não implica a doação, o doador nem sempre se estabelece por este critério. Existem implicações que são mais da ordem do social que do biológico, todavia ambas são indissociáveis. Um exemplo que ilustra essa relação íntima entre o biológico e o social é a própria pesquisa da compatibilidade de tecidos necessária ao transplante, que só vem a ser descoberta ou comprovada se existe intenção de doar, se todos estão apoiando, se a família é um valor a ser mantido. Essa relação de parentesco consangüíneo acaba sendo iluminada pela intenção do transplante, embora não seja a principal definidora da doação.

Abreu aponta a consangüinidade como categoria organizadora das relações de parentesco: o sangue aparece como categoria que dá conta da articulação entre a ordem da natureza e a da cultura. Segundo o autor:

> *Pelo sangue não se transmite apenas genes: a pessoa não nasce apenas natureza, apenas corpo. A pessoa já nasce, de certo modo, moralmente constituída, representante de uma família, de uma tradição.* (Abreu, 1980:98)

Considerou-se que, nos casos de transplantes entre vivos, a doação se efetiva entre aqueles que se vêem enquanto representantes de uma família. Para que esta não se desfaça enquanto tal, importa a manutenção de todos os seus membros. Além disso, doador e receptor repensam seu parentesco e seus vínculos antes e depois do transplante, vínculos estes que, em geral, se estreitam sobremaneira depois do transplante.

O sangue aparece como elemento mediador das características morais de uma pessoa,[6] na interpretação de Abreu (1980). Dentro desta mesma lógica, o transplante, que possibilita a 'mistura' de corpos, parece ser mais admissível entre 'pessoas' da mesma família. Isto porque as motivações para o transplante quase sempre remetem à necessidade da união e manutenção da família, elemento englobante das relações de parentesco. Além disso, a doação só se efetiva se todo o grupo familiar consentir; o apoio dos familiares não envolvidos diretamente no transplante é fundamental à realização do transplante, que somente é aceito porque o sujeito doente sente que o doador vivo quer realmente fazê-lo e que toda a família o apóia.

Tomou-se, neste trabalho, a família como o elemento englobante e definidor da situação de transplante: o que possibilita o transplante, no caso daquele entre vivos, é o sentimento de pertencimento a uma mesma instituição que abarca doador e receptor. E é em nome da reafirmação do valor dessa instituição que tal transplante é possível e, em muitos casos, preferível.

A família conforma uma identidade social que se estrutura pela oposição hierárquica e complementar entre afins e consangüíneos (Abreu, 1980). É a partir dessa oposição que o papel de cada um vai sendo constituído e afirmado. O transplante também só é possível porque o receptor, em geral, teve atuação determinante na manutenção da família, seja por ter trabalhado pelo sustento desta, seja pela sua dedicação emocional, tendo adquirido assim, simbolicamente, posição superior ao doador na hierarquia das relações familiares e este, por sua vez, sente-se na obrigação de doar, manifestando sentimento de dívida. No caso de a operação ser bem-sucedida e de não ocorrer rejeição, há a idéia de vitória coletiva também, pois o sucesso deve-se ao esforço e ao empenho de várias pessoas.

O receptor, após o transplante, sentir-se-á 'modificado' e não raro fará referências a ter adquirido ou 'incorporado' atitudes e gostos do doador. É apenas a partir de uma 'noção relacional de pessoa' que pode surgir a noção de um transplante ter a possibilidade de transmitir algo mais do que um órgão. Em outras palavras, a possibilidade de transmitir qualidades morais só ocorre mediante prática anterior de se 'classificar' em relação aos outros, com os quais se mantêm relações sociais.

Como grupo de referência, a família é fundamental para que se entenda o processo de agradecimento posterior ao transplante. Nas palavras de um doador:

> *... era mais uma coisa humana na época ... a gente tem que pensar nos da gente primeiro né? ... é ... se tivesse que fazer tudo de novo a gente ia de novo...* (Walter, 48 anos, metalúrgico, doador)

Neste depoimento, mostra-se forte a noção de 'pertencimento' a um grupo. A idéia de que é 'importante pensar nos da gente' remete ao fato de ser fundamental a manutenção da solidariedade interna desse grupo. A família é valor a ser mantido como fonte de solidariedade, mas também de identidade coletiva. O transplante entre vivos somente reafirma a solidariedade e o sistema de trocas já existente. Segundo Mauss (1974), a troca é princípio básico de unificação social, configura um mecanismo de manutenção social, mas só se torna possível porque há um elemento englobante, a sociedade.

A família, como grupo consangüíneo, possui forte rede de relações estabelecidas pelo parentesco, Por sua vez, o transplante se sobrepõe a essa rede específica de favores e obrigações já existentes, muitas vezes criando denso vínculo entre dois membros desse grupo. Assim, a família é essencialmente um grupo de referência que cria, estabelece e renova alianças. Depois do transplante, doadores e receptores se percebem e agem como mais 'próximos', mais parentes, mais semelhantes do que em relação aos outros na mesma condição de parentesco.

O alto número de transplantes entre vivos não se verifica apenas porque são biologicamente favoráveis, mas também porque partem de uma relação social preestabelecida entre os pares. Criam e atualizam uma relação social previamente existente e dão forma a novo vínculo de parentesco, no qual doador e receptor passam a intensificar suas relações em termos gerais – por meio de visitas, preocupações, cuidados, trocas de favores, atenções – chegando ao ponto de, em alguns casos, afirmarem adivinhar ou saber antes o que ia acontecer com o outro, bem como, simultaneamente, sentir, mesmo distantes, idêntica emoção, dor ou mal-estar do outro. O pensamento de estar curado graças a alguém reforça a necessidade de agradecer a vida recebida por meio dessa pessoa.

A idéia que aparece em relação ao transplante é a de que doador e receptor ficam como metades, com sensibilidade aumentada um em relação ao outro, como expressa uma entrevistada:

> *... Somos como metades para sermos inteiros ... é o que eu posso dizer em relação ao ato né? ... é ... quando ele fica doente não precisa nem me telefonar porque eu já sei ... eu sinto a dor, e quando eu fico doente a mesma coisa, eu não preciso telefonar porque ele não tem telefone ... ele liga e pergunta e eu tô doente ou então ele vem e chega aqui e eu tô de cama...* (Laura, 43 anos, dona de casa)

Neste depoimento, aparece expressamente a idéia de que, com o transplante, o doador e o receptor se tornaram tão mais próximos que um acaba sabendo ou sentindo o que se passa com o outro. Além disso, o fato de serem 'como metades para serem inteiros' também remete ao fato de que eles, isoladamente, perderiam seus significados sociais de irmãos dentro da família, ou seja, a transferência do rim de um para o outro trouxe para uma dimensão física aquilo que já existia no nível simbólico: a relação de complementaridade e dependência existente entre estes dois irmãos pertencen-

tes à mesma família. A receptora se descreveu como a base, a âncora e o esteio do núcleo familiar; o doador era o irmão mais jovem e muito ligado a ela.

A doação do rim, nos casos estudados, não poderia ser vista como exclusivamente solidária ou altruísta: aquele que doa parece estar não só procurando manter e melhorar a vida de seu parente, mas também manter algo de sua identidade enquanto pessoa e membro daquela família. Portanto, embora a gratidão do receptor, conseqüente do transplante, desencadeie mudança de atitudes e maior atenção e dedicação para com o doador, o processo de trocas que se segue não foi inaugurado com o transplante, mas apenas reforçado ou reiluminado.

Não nos deteremos aqui acerca da questão da reciprocidade no transplante entre vivos, entretanto, a discussão de Lanna (1996) sobre reciprocidade e hierarquia mostra que algumas relações podem ser, simultaneamente, recíprocas e hierárquicas, assim como é possível existir alternância da dominação, onde a posição de cada elemento pode ser rearticulada. No caso dos transplantes entre vivos, esses aspectos estão presentes, pois a solidariedade está fundamentada em relação social anterior. O doador, nos casos estudados, também está retribuindo algo – amor, dedicação, ajuda – e, desse modo, embora o transplante seja uma ação limite de troca, a relação de troca já existia enquanto prática social e valor, naquela família. É esta relação anterior que faz existir, para essas pessoas, uma identificação com seus doadores, ou seja, a possibilidade de adquirir hábitos ou gostos atribuídos ao doador. A doação é feita, a vida é dada, a partir de uma relação social já estabelecida.[7]

No decorrer da doença e do processo de hemodiálise, concomitante ao processo de construção social da enfermidade, enfrentamento e luta pela vida, dá-se a construção de uma identidade situacional de doente, tendo em vista um conjunto de papéis a ser desempenhado na doença[8] e também da ordenação, mesmo que temporária, de seu mundo. Esta identidade situacional de doente surge a partir da 'situação de enfermidade' e não remete a uma identidade positiva, pois os sujeitos envolvidos só se identificam como doentes e se solidarizam com os outros na medida em que isso o ajudará a superá-la. O período de hemodiálise é visto pelos pacientes como momento no qual:

> *Todo mundo é igual, o rico, o pobre, não tem diferença, ali* [na doença e na situação de hemodiálise] *é tudo igual.* (Neli, receptora, 48 anos, dona de casa)

A doença iguala os sujeitos e inscreve no corpo do doente uma série de marcas. Os próprios procedimentos hospitalares de manutenção da vida do paciente, como a colocação da fístula,[9] os situa, assim, em posição semelhante, unifica-os de algum modo. Pode-se dizer que, em certo sentido, os doentes passam por situação de liminaridade, em certo sentido, como indivíduos na igualdade perante a doença e as regras hospitalares, para tornarem-se pessoas, com qualidades morais superiores às que possuíam antes de iniciar a situação de liminaridade.

No caso da Insuficiência Renal Crônica, a doença é o elemento englobante e instaurador de nova ordem a ser cumprida; todos estão submetidos a ela, na busca da superação dos obstáculos que lhes são impostos, e se 'homogeneizam' na luta pela

vida. O momento de hemodiálise propicia que o paciente se confronte rotineiramente com a relação entre o ser, o estar ou o não ser doente e reflita sobre a possibilidade de realizar o transplante até o ponto em que este se configure em 'projeto maior' e englobante de sua vida.

Importa salientar que a idéia predominante é quase sempre a de 'estar' doente, ou seja, é comum a doença e, conseqüentemente, a hemodiálise serem pensadas como transitórias. No entanto, a hemodiálise dura um longo tempo; são necessários vários anos até que se encontre rim compatível, ou mesmo, nos casos de doadores vivos, que ambos os sujeitos estejam em condições de realizar a operação. Durante esse período de espera, mais uma vez vemos ser ressaltada a importância das relações sociais na luta por manter-se em tratamento e, posteriormente, por submeter-se a transplante.

O transplante estabelece uma relação de trocas em que potenciais doadores e receptores têm papéis e *status* complementares e hierárquicos em relação à instituição familiar que os engloba.[10] Cremos que o transplante entre vivos só é possível porque existe relação de complementaridade entre doador e receptor, o que pressupõe certa dependência: a perda de um elemento modificaria o papel do outro no contexto familiar. Além disso, o transplante reposiciona simbolicamente os dois integrantes do sistema: muitas vezes quem estava em dívida era o doador, o qual, depois do transplante, passa a ser credor simbólico do receptor, pois seu *status* é modificado em conseqüência do gesto de doação. O doador cresce na hierarquia simbólica da família, pela nobreza e grandeza do gesto, e acaba por integrar-se mais na rede de parentesco, pois doou o bem mais valioso que possui – sua saúde e seu corpo – com o objetivo de manter a união da família.

O receptor, por sua vez, também se vê mais inserido nas relações familiares, uma vez que foi capaz de superar todas as adversidades e o perigo da liminaridade da doença, tornando-se moralmente mais forte com a superação da doença. Além disso, o receptor passa a estar mais inserido nas relações familiares, tanto por legitimar, mediante a atitude do doador, a sua importância naquele grupo familiar, como por ter incorporado simbolicamente elementos de seu doador, elementos estes que são físicos, mas também morais.

Esta possibilidade de absorção do outro só é concebível se esse outro for anteriormente conhecido, aceito e amado. Só se pode 'absorver' algo que tenha a mesma essência e natureza. Por meio desse mecanismo, pode-se explicar a vontade de conhecer o doador no caso de transplantes de órgãos de cadáver. É importante para o receptor saber, entre outras coisas, quem era o doador, o que fazia. Segundo uma entrevistada, por exemplo, seria difícil para ela conviver com a doação de cadáver:[11]

> *... eu acho tão difícil saber que eu tô com uma parte de uma pessoa que a gente não conhece, nunca ouviu falar ... dá uma sensação assim de um vazio tão grande ... [...] tu olha assim para ti ... eu tô curada graças a quem? ... aí não tem uma resposta, não tem nada ... [...] normalmente nem se sabe de onde vem, né? assim ... não se tem contato com família para saber se era novo, se era velho ... se gostava disso ou daquilo ... é que ... parece que não tem importância mas tem, né? a gente gosta de saber ... eu, pelo menos, ia gostar de saber...*
> (Dalva, 37 anos, comerciante, receptora)

No jogo de trocas que ocorre com o transplante, o fato de o receptor ter doadores vivos em potencial lhe atribui certo diferencial, assim como o ato de doar parte de seu corpo confere *status* especial ao doador dentro daquele grupo. O transplante atua, portanto, como mecanismo que atualiza e reequilibra as relações sociais e familiares, sendo a família o elemento englobante e determinante do transplante, pois este não ocorre sem o apoio desse grupo.

Por outro lado, é essa mesma lógica que explica o fato de os transplantes com cadáver aparecerem, na época da pesquisa, como pouco desejados ou pouco esperados pelo grupo de pacientes em hemodiálise. Ou seja, a possibilidade de absorção de elementos de doador desconhecido através de órgão que 'não se sabe de quem é' desarticula essa estrutura na qual se constitui a noção de pessoa. Não são poucos os depoimentos de pessoas que afirmam que seria difícil 'receber' de cadáver. O doador cadáver tem, quase sempre, o estereótipo de 'indivíduo', no sentido de que é apenas corpo sem vida, mas, e principalmente, sem laços, sem endereço. O órgão vindo de cadáver é preponderantemente o de um desconhecido, cuja identidade é, em princípio, escondida do receptor na tentativa de evitar contato com a família e o desgaste que poderia ocorrer decorrente desse encontro, por todas as questões que envolvem a relação doador/receptor e que, neste caso, se agravam.

A necessidade de receber ou aceitar o órgão se sobrepõe à necessidade de retribuir o gesto; uma das maneiras de aceitar o órgão é, no sentido de Mauss, reconhecer o espírito da coisa dada, aceitar o outro que vem junto, que é parte da coisa ofertada. Um exemplo disso é citado por Halperin (1989) no relato acerca de uma paciente que recebe novo rim e fala dele como um presente, um filho que ela vai carregar na barriga pelo resto da vida.

São comuns depoimentos de aceitação ou incorporação de hábitos dos doadores pelos receptores. Esta incorporação de hábitos é fundamental para a compreensão da lógica presente no transplante entre vivos, uma vez que se torna mais fácil fazer o transplante quando o doador é conhecido, na medida em que há um sistema simbólico por referência ao qual um sujeito se constitui 'João' ou 'Pedro', com base em uma série de relações sociais que ele estabelece com outros familiares e amigos.

Na verdade, esse sistema de trocas de cuidados e bens simbólicos ou não, que se estabelece entre doador e receptor após o transplante, não é estático e, por definição, já é conseqüente de mudança da hierarquia entre doador e receptor. Como nos ensina Dumont (1985), a hierarquia pode ser sucintamente denominada englobamento do contrário e, no caso, ambos – doador e receptor – são elementos complementares da mesma totalidade, a família. O englobamento do contrário na relação entre doador e receptor se estabelece por intermédio do ato de doação, pois quando um doa algo que falta ao outro – saúde – uma situação hierárquica se forma, unificando os dois elementos. Em geral, o doador, antes da doação, sente-se em dívida com seu parente e, através do ato de doar, não só lhe demonstra agradecimento, reconhece e reafirma sua importância para a família, como também, pelo gesto da doação de seu bem mais precioso – a saúde – pode mudar temporariamente de uma posição inferior para uma superior, alternando sua posição e seu valor no sistema familiar.

Tal oposição hierárquica, enquanto relação englobante-englobado ou entre conjunto e elemento (Dumont, 1985), parece ser essencial para a compreensão da lógica das representações concernentes ao sucesso na situação do transplante pois, como já foi dito, a existência da família como valor é fundamental para tal decisão.

Notas

* Agradeço à Daniela Riva Knauth, pela atenciosa leitura e comentários, bem como à Maria de Nazareth Agra Hassen, pela revisão gramatical e contribuição para a elaboração deste artigo.

1 Dissertação esta intitulada: *Quando a Vida é um Dom: um estudo sobre a construção social da doença e as representações sobre o transplante renal* (Borges, 1993).

2 Sobre a noção de projeto, ver Velho (1981).

3 Embora não seja o objetivo deste artigo desenvolver uma discussão sobre a questão do tempo na doença crônica, essa dimensão é importante na constituição das motivações para o transplante, em especial pela questão da espera. Para discussão acerca da questão do tempo na Medicina, ver Frankemberg (1992), e na construção de doenças culturalmente definidas, ver Helman (1992).

4 Montero (1985) discute sobre a cura mágica na umbanda, em que procedimentos rituais e religiosos restituem a integridade social do sujeito, colocando o processo "altamente desordenador" da doença em um sistema explicativo e simbólico que lhe "reordena" a vida.

5 Vale ressaltar aqui que o grupo aleatoriamente selecionado foi composto, em sua maioria, por pessoas cujos transplantes ocorreram entre irmãos, tendo havido um caso de filha que recebeu da mãe e um outro, de filha que doou para a mãe. As entrevistas foram obtidas entre os anos de 1992 e 1993, durante trabalho de campo para dissertação de mestrado. Ver Borges (1993).

6 Ferreira (1993), da mesma forma, mostra que cada órgão se presta a uma gama de interpretações possíveis sobre suas funções e significados. Elementos do corpo carregam qualidades culturais e são ricos em significados.

7 Pensa-se a família como totalidade englobante, no sentido de Dumont (1985), cujo princípio hierárquico que a mantém e organiza é a responsável pelo transplante.

8 Duarte (1986) trabalha o prisma situacional na constituição do nervoso nas classes populares.

9 A fístula, ou catéter, é um implante artificial colocado no braço do paciente que possibilita acesso rápido à corrente sangüínea e conexão eficiente com a máquina de hemodiálise. Para maiores informações, ver Borges (1993).

10 Dumont (1985) vê a hierarquia como categoria de pensamento universal, através da qual o homem 'organiza' a sua vida por meio do mecanismo de englobamento do contrário. Saúde e doença são elementos que reativam essa lógica dentro das relações de parentesco. A hierarquia é uma realidade primeira, categoria ordenadora da realidade com a existência de pelo menos uma oposição distintiva e complementar (Dumont, 1985:51). Abreu (1980) aponta esta distinção em nível de parentesco nas categorias de consangüinidade/afinidade como indicativos de oposição entre identidade substantiva e identidade relacional.

11 Referência negativa quanto ao transplante com cadáveres foi comum nas entrevistas. Gerhardt (1996) também aponta para uma valoração diferenciada entre um tipo de transplante e outro, sendo o transplante com doador vivo considerado melhor, segundo a autora, por propiciar o uso de baixas doses de drogas imunossupressoras, bem como por diminuir efeitos colaterais, como o aumento de peso.

Referências Bibliográficas

Abreu, O. Parentesco e identidade social. In: ___. *Raça, Sangue e Luta: identidade e parentesco em uma cidade do interior*, 1980. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Museu Nacional.

Borges, Z. N. *Quando a Vida é um Dom: um estudo sobre a construção social da doença e as representações sobre o transplante renal*, 1993. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Duarte, L. F. D. *Da Vida Nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas)*. Rio de Janeiro: Zahar/CNPq, 1986.

Dumont, L. *O Individualismo*: *uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

Ferreira, J. *O Corpo Sígnico: um estudo sobre as representações sociais sobre corpo, sintomas e sinais em uma vila de classes populares*, 1993. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Frankenberg, R. Your Time or Mine: temporal contraditions of biomedical practice. In: Frankenberg, R. (Org.) *Time, Health & Medicine*. London: Sage Publications, 1992.

Gerhardt, U. Narratives of normality: end-stage renal-failure patients experience of their transplant options. In: Williams, R. & Calnan, A. (Eds.) *Modern Medicine Lay Perspectives and Experiences*. Berkeley: University of California Press, 1996.

Halperin, C. *Em Busca da Vida: implicações emocionais do transplante renal*. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1989. (Mimeo.)

Helman, C. Heart disease and the cultural construction of time. In: Frankenberg, R. (Org.) *Time, Health & Medicine*. London: Sage Publications, 1992.

Lanna, M. Reciprocidade e hierarquia. *Revista de Antropologia (USP)*, 39(1), 1996.

Mauss, M. Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: *Sociologia e Antropologia*. v.2. São Paulo: Edusp, 1974.

Montero, P. *Da Doença à Desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

Velho, G. Projeto, emoção e orientação em sociedades complexas. In: *Individualismo e Cultura (Notas para uma Antropologia de sociedades complexas)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

Parte IV

Sexualidade e Gênero

11

Morte Masculina: homens portadores do vírus da AIDS sob a perspectiva feminina*

Daniela Riva Knauth

A contaminação das mulheres pelo vírus da AIDS por meio de relação sexual com seus próprios maridos ou parceiros fixos – que vem demonstrando ser um dos principais 'focos' de expansão da epidemia[1] – implica uma série de questões em nível de relação conjugal. Por um lado, para as mulheres pertencentes às camadas mais desfavorecidas da população, o fato de a contaminação ter ocorrido dentro da relação conjugal atesta sua legitimidade e, ao mesmo tempo, as diferencia dos demais acometidos pela doença, isto é, daqueles que a 'procuraram', como os homossexuais, os usuários de drogas e as prostitutas. Por outro, a posição que cada um dos termos da relação assume, em face da doença e do outro, explicita as ambigüidades inerentes à própria relação de aliança e à relação conjugal, revelando a perspectiva de gênero e a visão de mundo que orientam os comportamentos.

O objetivo do presente artigo é analisar de que modo a contaminação pelo vírus HIV é elaborada dentro da relação conjugal. Privilegiaremos, para isso, em um primeiro momento, as representações das mulheres contaminadas por seus maridos a respeito dos homens, ou seja, como as mulheres vêem os homens a partir da contaminação e quais as conseqüências disso no âmbito da relação conjugal. Na parte final do artigo, procuramos resgatar, em nível mais analítico, como as diferentes maneiras de pensar masculinas e femininas ante a doença são condizentes com os valores de gênero que estruturam as relações entre homens e mulheres dentro dos grupos populares.[2]

Para o senso comum, a AIDS, além de aparecer enquanto doença do 'outro' – seja qual for a qualificação dada a esse outro: homossexual, prostituta, drogado, promíscuo –, é vista sob perspectiva 'culpabilista', isto é, existe separação entre 'culpados' e 'vítimas' da doença.[3] A partir deste ponto de vista, as mulheres consideradas neste trabalho poderiam ser tomadas ou se perceberem como vítimas e, através da responsabilização de seus parceiros pela contaminação, a ruptura da aliança se apresentaria como o desfecho natural da situação. No entanto, importa salientar que essa perspectiva não é partilhada pelas mulheres, porque elas não culpam o marido pela contaminação, visto este não ter agido de forma intencional – 'de propósito' – e também por não conceberem a ruptura da aliança como alternativa para a situação, como

atesta o fato de que em nenhum dos 40 casos acompanhados houve separação em conseqüência da doença.

'Liberdade' Masculina

Na representação das mulheres, o homem é visto como um ser 'naturalmente' livre. Socialmente, ele dispõe de maior liberdade por estar associado ao espaço público e, interiormente, necessita de independência para viver. Esta liberdade atribuída aos homens se manifesta, em particular, no fato de não precisarem justificar seus comportamentos, uma vez que sua simples vontade – 'querer' – não deixa margem para contestações femininas. Ela se realiza também por meio de práticas caracteristicamente masculinas, tais como o consumo de bebidas alcoólicas e de drogas, além dos diferentes tipos de reuniões entre pares – clubes esportivos, bares etc.

As mulheres queixam-se incessantemente desse comportamento masculino, que consideram extremamente prejudicial à saúde – o que é agravado em razão da possibilidade de infecção pelo vírus da Aids – e ao desempenho das atribuições sociais e da reputação moral dos homens. Mas, apesar de contestarem o comportamento de seus maridos, lhes atribuem apenas parcela da responsabilidade. Em primeiro lugar, porque julgam este tipo de comportamento como intrínseco à própria condição masculina; em segundo, porque acham que este é também incentivado por outros, isto é, pelas 'más-companhias' – categoria que compreende, de fato, praticamente todo o gênero masculino e ainda algumas mulheres, as 'de rua'. Os depoimentos a seguir ilustram esta responsabilização dos outros homens pelo comportamento de seus maridos. Ao contar ter denunciado o marido ao Conselho Tutelar, uma de nossas informantes afirma:

> *Ele* [o marido] *anda de novo metido com droga. Ele se droga e daí passa a noite fora de casa. Só volta para casa de madrugada e daí ele dorme toda a manhã. E eu fico sozinha para fazer comida, lavar roupa, ir no mercado, cuidar do guri... Ele não quer nem saber... Ele dorme toda a manhã. (...) O problema são estas más-companhias que ele sempre anda metido. Aqui na vila tem de tudo... Essa gente com quem ele anda não são boa coisa... Quando ele pega dinheiro no serviço, ele vai e compra droga, gasta todo o dinheiro com droga. Ele não pensa que é preciso trazer leite e comida para casa.* (Judite, 35 anos)

Uma outra informante, ao falar do comportamento de seu marido, revela mais sobre a vila onde mora do que sobre ele próprio:

> *Aqui tem muita cocaína. Em todas as esquinas tem cocaína. Tu achas que alguém te oferece um saco de leite, um dinheiro? Mas cocaína todo mundo te oferece. O Nego* [seu marido] *diz que ele até que é muito forte porque se oferecem* [cocaína] *e ele não quer, chamam ele de frouxo, de medroso. (...) Tem um compadre meu que está sempre com isto, anda num estado... (...) Daí ele vai lá em casa, convida o Nego... Ainda bem que eles se desentenderam, ao menos assim meu marido fica longe de droga. Eu tenho horror disso! (...) Esses dias, eu cheguei em casa e estava todo mundo lá. Eu não sei o que eles estavam*

fazendo, mas eu cheguei e corri com todo mundo. Um até disse para o Nego: 'Tu não me falou que a tua mulher era assim'. (...) Depois o Nego me perguntou porque é que eu faço isso e eu disse: 'Eu faço porque aqui é a minha casa, tem o meu filho e eu não gosto destas coisas'. Um outro dia, quando ele estava precisando de dinheiro eu perguntei: 'Onde estão teus amigos? Se fosse para comprar cocaína todo mundo tem, mas se não é para isso ninguém faz nada'. (Fátima, 27 anos)

Mas as mulheres não se contentam somente em lamentar o comportamento masculino; impõem restrições à liberdade dos companheiros, especialmente quando esta invade o domínio feminino por excelência – a casa – ou ao comprometer a função masculina de provedor. Assim, se algumas práticas estão associadas à condição masculina, devem também limitar-se apenas ao espaço público pois, se extrapolam para o espaço doméstico, colocam em questão a respeitabilidade feminina. Dessa forma, se a liberdade masculina é tolerada pelas mulheres, não deixa de ser contraditória com relação ao próprio casamento, razão pela qual esta liberdade deve, no mínimo, respeitar as principais cláusulas desse acordo, dentre as quais se inclui o domínio feminino sobre o espaço doméstico.

Esta condição é válida também para as relações amorosas e sexuais mantidas pelos homens fora do casamento. As mulheres reconhecem a 'necessidade' fisiológica dos homens em termos sexuais, tanto que uma das principais 'obrigações' que assumem no casamento é a de satisfazê-la. No entanto, admitem também que esta 'necessidade' nem sempre é plenamente satisfeita na relação conjugal, seja em razão de algum contratempo eventual – como a falta de privacidade doméstica, o nascimento de uma criança ou mesmo o fato de residir temporariamente em cidades diferentes –, seja em decorrência dos próprios limites da prática sexual das mulheres, como por exemplo a recusa em manter relações sexuais anais e/ou orais.[4] Na concepção das mulheres, não existe homem que não tenha tido relações extraconjugais ou, como afirmam, 'dado seus pulinhos'. O fato de os homens terem outras relações não é considerado grave, por ser considerado parte da própria 'natureza' masculina e, sobretudo, porque foi a elas que eles escolheram para concretizar uma aliança e não outra mulher qualquer – ou 'mulher de rua' –, ou seja, elas é que são publicamente reconhecidas como esposas.

Do ponto de vista feminino, os homens, em razão mesmo de sua 'natureza' – que os faz gostar das drogas, do álcool e do sexo –, são totalmente vulneráveis às más influências, venham essas dos amigos ou das outras mulheres. Para as mulheres, seus maridos são potencialmente bons, porém, ao mesmo tempo, facilmente corruptíveis, o que explica seus comportamentos. O papel da esposa – e, também, uma das funções do casamento – consiste em tentar controlar essas más influências, uma vez que evitá-las completamente é tido como impossível.

Segundo as mulheres, os homens não conseguem sobreviver muito tempo sem ter uma mulher que se ocupe deles.[5] Primeiro, é a própria saúde masculina que é colocada em jogo, já que os excessos aos quais os homens estão submetidos, pela companhia de seus pares e/ou das 'mulheres de rua', debilitam-nos fisicamente. Preci-

sam, assim, de uma mulher que lhes prepare alimentação adequada, exija um repouso mínimo ou que tome medidas necessárias em caso de doença – desde a preparação de chás e a administração de medicamentos comuns até a marcação de consultas médicas e internações hospitalares. A presença feminina, vista por esta ótica, é fundamental à moral masculina, pois um homem sem mulher não dispensa nenhum cuidado a si mesmo. Essa idéia é sintetizada por uma das informantes, ao falar de seu companheiro: "Ele precisa de uma mulher incentivando ele, pois, do contrário, ele se larga".

Assim, se as mulheres aceitam as relações extraconjugais, o consumo de bebidas alcoólicas e/ou de drogas e mesmo os atos de violência cometidos por seus maridos, sujeitando-se até a 'cuidar' deles, tal comportamento está submetido à condição de que eles cumpram, ao menos minimamente, seu papel de provedor. Também porque, da mesma forma que os homens precisam das mulheres para sobreviver, a existência das mulheres tanto no plano material como no social está ligada à assistência masculina.

O Fim dos Homens

Esta percepção feminina da vulnerabilidade masculina é fundamental para a compreensão da atitude adotada pelas mulheres ante a contaminação pelo vírus da Aids por meio de relação sexual com seus próprios maridos. Já salientamos que as mulheres não os culpam pela sua contaminação, pois a própria contaminação masculina mediante relações extraconjugais ou utilização de drogas endovenosas é admitida, visto serem estas práticas intrínsecas à condição masculina.[6]

A ruptura da aliança é uma possibilidade que as mulheres colocam, sobretudo imediatamente após tomarem conhecimento de que são portadoras do vírus HIV. Existe mesmo certa 'pressão social', em especial da parte dos membros da família consangüínea, para que esta ruptura se realize. Entretanto, as mulheres são bastante resistentes à idéia de separação e apresentam dois argumentos principais para justificar esta posição: seu papel de esposa e a vulnerabilidade masculina.

No que tange ao papel de esposa, trata-se fundamentalmente de um compromisso assumido na concretização da aliança, a de 'cuidar' de seus maridos. Assim, com tal aliança, é a esposa quem passa a ser a responsável pelo cuidado masculino, desresponsabilizando as demais mulheres da família consangüínea do marido que desempenhavam esta função até aquele momento. Dessa forma, o casamento parece implicar, para os homens, significativa ruptura com seus consangüíneos, enquanto, para a maioria das mulheres, estes laços se mantêm intensos mesmo após a aliança. As mulheres se percebem então como uma das únicas referências familiares para os homens.

O outro argumento para a não separação se fundamenta na representação da vulnerabilidade masculina, aliada à percepção da instabilidade da soropositividade. A partir destes dois elementos, as mulheres enumeram uma série de conseqüências que a ruptura da aliança poderia ocasionar. É interessante notar que estas possíveis conseqüências têm em comum o efeito destruidor sobre os homens. Os depoimentos a seguir

demonstram o tipo de conseqüência previsto pelas mulheres a partir da hipótese da separação conjugal:

> *Até uma amiga (...) me disse que ela não entende porque eu estou ainda com ele. Mas eu tenho certeza que, se eu vou embora, ele se termina. Ele vai voltar para as drogas, perder o emprego, beber... Ele vai se terminar assim. Às vezes, eu digo que eu vou me embora e vou levar minha filha comigo – porque nem que eu vá para baixo da ponte a minha filha vai ficar comigo. Ele fica desesperado. Eu digo que nada me obriga a ficar com ele. Ele não é casado comigo, a única coisa que nos une é que nós temos uma filha, mas isso não quer dizer...* (Vaessa, 23 anos)

> *Minha mãe sempre me pergunta porque eu não deixo dele* [do marido]. *Mas, se eu deixo dele, o que é que vai ser dele, quem é que vai cuidar dele? Tem a minha sogra, mas o temperamento do meu marido é muito difícil... (...) E eu já estou acostumada com o jeito dele, as manias dele. (...) Eu sei que se eu não estou com ele, ele vai se perder nas drogas, na bebida, porque nestas coisas a mãe dele não pode nem se meter. Eu, ele já me escuta. E fora isso, aqui é a minha casa, minhas coisas estão todas aqui. Para onde eu iria se saísse daqui?* (Débora, 28 anos)

Na perspectiva feminina, a separação corresponde à cumplicidade para com a morte masculina: não somente não haverá ninguém para ocupar-se de seus maridos – tanto no cotidiano como quando estes estiverem doentes – como também eles se 'terminarão', ou seja, não terão mais os limites necessários à própria sobrevivência.[7] Desse ponto de vista, com a separação, os homens não terão mais razão para viver ou, ao menos, para viver em condições socialmente aceitáveis, o que se agrava ainda mais na situação daqueles que estão contaminados pelo vírus HIV, para os quais a possibilidade de nova aliança é tida como praticamente impossível. A ruptura da aliança equivaleria assim, na concepção feminina, à condenação dos homens à morte tanto física como social.

Esta idéia vai ao encontro da percepção feminina de que os homens são incapazes de resistir à decadência física provocada pela AIDS. Dito de outra maneira, as mulheres suspeitam que seus maridos 'se matarão', no sentido literal do termo, quando os sintomas da doença começarem a se manifestar. Esta suspeita parte da noção de que, se os homens, por um lado, são mais resistentes às doenças – visto que dificilmente são acometidos por alguma delas –, por outro, são mais sensíveis fisicamente à dor e aos demais sintomas associados à AIDS – por exemplo, febre e diarréia.[8] Sendo fisicamente mais sensíveis, os homens também terminam sendo emocionalmente atingidos pela própria doença.

A manifestação maior deste abalo emocional, na visão feminina, é a 'não aceitação' da doença por parte dos homens ou, mais especificamente, de sua soropositividade para o vírus HIV. A recusa masculina em ter acompanhamento médico e o silêncio que mantêm em torno da doença atestam isto. Dificilmente falam a respeito de sua contaminação e, menos ainda, sobre suas dúvidas e angústias. As mulheres tomam este comportamento como indício dessa 'não aceitação' da doença que,

ao extremo, pode ter como conseqüência o próprio suicídio masculino. O extrato da entrevista a seguir ilustra essa leitura feminina do silêncio dos homens:

> *Ele* [o marido] *é uma pessoa muito fechada e a gente quase nunca conversa sobre isto* [a AIDS]. *Ou porque sempre tem alguém aqui em casa ou porque a gente não fala mesmo. Eu não sei o que ele pensa sobre isto. Eu tenho medo que ele pense alguma coisa e não fale. Estes dias, ele veio dizendo que escutou no rádio, lá no trabalho, que uma mulher tinha morrido e ninguém tinha ido lá buscar ela, nem o IML* [Instituto Médico Legal], *pois todo mundo tinha medo. Daí ele disse que, se ele começasse a sentir alguma coisa, ele não iria esperar, ele se mataria. Eu ainda insisti e ele disse de novo que iria se matar. Daí eu fiquei com medo, porque eu não imaginava que ele pensasse assim.* (Sirlei, 32 anos)

De fato, o que os homens não aceitam ou, mais precisamente, aquilo a que não irão se submeter, são os constrangimentos físicos impostos pela doença – que no caso da AIDS são tidos como extremamente graves. Assim, a principal angústia que esta moléstia coloca para os homens não é, como se poderia pensar, o caráter letal, mas sim a degradação física que determina. Neste sentido, as mulheres se percebem como mais aptas a suportar a doença do que os próprios homens, pois, para elas, trata-se de espécie de 'teste' de resistência física – como o é também o próprio parto. Para elas, ainda, conseguir evitar as 'doenças oportunistas' ou curá-las já é prova dessa sua resistência física. Para os homens, ao contrário, a provação consiste justamente em desafiar a doença, em não se submeter aos constrangimentos que esta teoricamente impõe. Nesta perspectiva, a manifestação dos sintomas é o próprio limite desta disputa e atesta a vitória do mal que os acometeu.

As mulheres não ignoram que os homens consideram preferível morrer dignamente, isto é, conservando todas suas qualidades físicas e morais, a submeter-se à doença. E é por esta razão que elas temem as reações masculinas ante a manifestação da doença propriamente dita.[9] Assim, os relatos fornecidos por outras mulheres que testemunham ser os homens capazes de suportar o sofrimento que precede a morte pela AIDS e até mesmo as situações tidas como mais humilhantes – como a falta de controle das funções intestinais –, ao invés de dissuadir a idéia de que os homens não irão resistir à doença, servem para confirmá-la. Dito de outra forma, para as mulheres, o fato de que outros homens sejam capazes de resistir à doença até o final torna ainda mais clara e concreta a concepção de que 'seu marido' não se submeteria a situação semelhante.

ENTRE OBRIGAÇÃO E COMPAIXÃO

A AIDS é, para as mulheres, a ocasião de fazer um balanço de sua relação conjugal, isto é, de refletir sobre suas vantagens e desvantagens e avaliar seus riscos e conseqüências. Nestas duas últimas categorias são considerados sobretudo os efeitos destruidores que a ruptura da aliança poderia produzir sobre o homem; todavia, são igualmente levadas em conta as dificuldades de ordem material e social às quais as

mulheres seriam submetidas em caso de separação. Dentre estas, existe a questão da casa, pois mesmo se ela é por excelência o domínio feminino, não há garantia de que será a mulher quem ficará com sua posse quando de uma separação.[10] Também há o problema de quem ficará com os filhos desta aliança, visto que são estes que garantem a descendência das famílias, tanto consangüínea – família da mulher – como afim – família do marido. Por fim, são computadas ainda todas as vantagens sociais de que usufruem as mulheres casadas – como prestígio e respeitabilidade social e segurança física –, que são colocadas em questão não somente em conseqüência da separação conjugal, porém, sobretudo, em vista do limite imposto pela própria doença à concretização de nova aliança.[11]

Neste balanço, as mulheres repassam na memória os momentos mais marcantes de sua trajetória conjugal, tanto aqueles que glorificam o casal – por exemplo, os esforços empreendidos pelo marido a fim de conquistá-la ou as dificuldades partilhadas conjuntamente com vistas a uma meta comum, como a compra da casa – como aqueles que evidenciam o sofrimento a que elas mesmas estiveram sujeitas por causa do comportamento masculino. Contudo, se os defeitos dos homens são destacados nesta retrospectiva, podem ser compensados pelas suas qualidades, que não são esquecidas. Assim, não é raro que, depois de enumerar uma série de defeitos do companheiro, as mulheres concluam: 'fora isso, ele sempre foi um bom marido'. Isto indica que é especialmente pelo seu papel de provedor que os homens são avaliados, como exprime a expressão evocada com freqüência pelas mulheres para justificar a avaliação positiva do marido: 'ele nunca deixou faltar nada dentro de casa'.

Esta retrospectiva do passado não corresponde à simples avaliação da trajetória pessoal, uma vez que é sempre relacional e não implica necessariamente uma espécie de 'arrependimento' subjetivo.[12] Constitui avaliação de ordem pragmática, que serve para justificar a situação atual e à qual vem juntar-se uma concepção um tanto fatalista da realidade.

Uma versão desta concepção fatalista aparece quando as mulheres, a fim de se oporem a uma percepção culpabilista da AIDS, afirmam a respeito de sua soropositividade: 'agora não tem mais o que fazer'. Outra variante desta noção aparece ante a ameaça de ruptura da aliança, colocada pela referida doença. As mulheres argumentam, não sem antes terem refletido bastante sobre o assunto, que a separação conjugal não irá 'resolver o problema', ou seja, a realidade já está estabelecida e nada que se faça poderá alterá-la. Desse modo, apenas as atitudes que impliquem transformações e vantagens efetivas merecem ser consideradas, pois, ao final das contas, os aspectos positivos da aliança parecem superar suas desvantagens. Ou, como expressa uma das mulheres: 'se é ruim com ele [o marido], pior seria sem ele'.

Apesar de todos os argumentos evocados pelas mulheres para justificar a manutenção da aliança, existem ainda aspectos afetivos e emocionais implicados na relação conjugal. Embora estes não apareçam como prioritários na reavaliação do enlace, não deixam de ser levados em consideração. Torna-se extremamente difícil determinar a importância relativa destes aspectos, visto que não somente é de ordem subjetiva, como também se apresenta de forma diversa para cada caso.

De toda forma, no decorrer da pesquisa de campo, tivemos a oportunidade de observar manifestações de afeto em relação ao cônjuge nas diferentes situações da vida cotidiana. Este se manifestava na forma carinhosa de se chamarem, nos relatos emocionados dos primeiros encontros, na contínua preocupação com a saúde do outro e mesmo na intimidade expressa através da enumeração dos defeitos do parceiro. As manifestações de afetividade assumem diferentes formas, conforme a fase da vida conjugal. Assim, se durante a fase de conquista amorosa as demonstrações de afeto se dão fora da existência ordinária, concentrando-se sobretudo nas atividades de ordem lúdica – por exemplo: passeios, freqüentes idas a restaurantes, bares e locais de dança ou mediante pequenos presentes –, depois da consolidação da aliança elas se realizam por atos bem mais concretos, como a compra de alimentos e medicamentos. Mas são sempre percebidas como atestação pública e/ou privada de afeto, ou seja, 'prova' de amor.

Para as mulheres que foram contaminadas pelo vírus da AIDS por intermédio de seus companheiros, este afeto assume a forma da compaixão. É precisamente este laço afetivo que as impede de deixar que seus maridos 'se larguem' ou que estes sejam deixados ao azar, o que significaria, na perspectiva feminina, a própria condenação à morte masculina. As mulheres sentem 'pena' da condição na qual seus maridos se encontram – tanto em conseqüência da vulnerabilidade destes como em razão de não terem ninguém que se possa ocupar deles – e são assim incapazes de permitir que sofram mais. Dessa forma, se em um primeiro momento elas permanecem com seus maridos mais em virtude de uma espécie de compromisso formal ou, nas suas próprias palavras, 'por obrigação', em um segundo momento elas o fazem por compaixão, isto é, por 'pena' do sofrimento ao qual eles estão submetidos.

Assim, com a AIDS, é através das preocupações e dos cuidados dispensados ao companheiro que o afeto se manifesta. Esse afeto tem, na assistência à própria morte do cônjuge, sua demonstração maior. O caso de uma de nossas informantes ilustra a presença do afeto neste sentimento de compaixão: fazia já um ano que Marília estava separada de Roberto, seu marido, quando ficaram sabendo estarem contaminados pelo vírus da AIDS. Como Roberto estava já doente, Marília decidiu voltar a viver com ele. Apesar de ter a mãe e uma irmã que dele poderiam cuidar, Marília se sentia também responsável pelo marido. Como ela mesma explica:

> *Eu fiquei com pena dele, eu queria ajudar ele, cuidar dele. Eu fiquei com ele até o fim. Nos últimos dias eu não dormia e nem comia mais, ficava todo o tempo ao lado dele.*

Falando a respeito da família do marido, com quem morou após este retorno, Marília conclui:

> *Eu sei que elas* [a mãe e a irmã do marido] *faziam tudo isto por causa do Roberto, mas elas sabem também que eu fiz tudo por ele. É por isto que elas gostam de mim.*

Este sentimento de compaixão é a síntese dos diferentes elementos que concorrem à manutenção da aliança e também para a forma que a relação conjugal assume a partir da entrada em cena da AIDS. Ele associa as representações sobre a vulnerabilidade

masculina e as vantagens do enlace ao papel de esposa e à afetividade compreendida na própria relação conjugal. A compaixão serve, neste sentido, para reforçar o *status* social da mulher enquanto esposa e conferir-lhe, ao mesmo tempo, uma espécie de reconhecimento social – ao menos da parte da família de aliança – em razão da dedicação e da generosidade demonstrada ao marido.

Inversão pela Doença

De perspectiva que poderíamos chamar de mais 'sociológica', uma vez que considera dimensão mais ampla da ordem social, é incontestável a subordinação das mulheres a toda uma sociedade que se estrutura a partir de um referencial masculino.[13] No que tange à Aids, as conseqüências desta 'dominação masculina' são igualmente remarcáveis, visto que as mulheres foram, desde o início da epidemia, relegadas a plano secundário, o que acarretou, entre outros tantos fatores, o atraso feminino em termos da prevenção, o diagnóstico tardio das mulheres infectadas pelo HIV e a expansão da epidemia pela população feminina.[14]

Para as mulheres pertencentes às classes pobres da população, esta dominação não se realiza apenas no plano do gênero, mas também no plano socioeconômico. De outro lado, a própria organização social e o universo cultural do grupo reforçam esta situação. Assim, se a preeminência masculina é incontestável, existe complementaridade de gênero que conforma esta desigualdade inicial. As mulheres necessitam de um homem para protegê-las, mas os homens também precisam de uma mulher para serem socialmente respeitados.

Sem desconsiderar esta perspectiva mais global, um olhar antropológico sobre o contexto etnográfico das mulheres e dos homens contaminados pelo vírus HIV pode identificar algumas modificações trazidas pela Aids no nível simbólico das representações de gênero. Mais especificamente, a forma como a doença é vivida permite observar a atualização de uma inversão nos termos que qualificam o masculino e o feminino, como demonstra o esquema:

	MASCULINO	FEMININO
ANTES DA AIDS	*Homem* Público Externo Físico	*Mulher* Privado Interno Moral
DEPOIS DA AIDS	*Mulher* Doença física Exteriorização Força	*Homem* Doença moral Interiorização Fraqueza

Com a AIDS, as mulheres aparecem moralmente mais 'fortes' que os homens porque, se estes continuam a ser fisicamente mais 'resistentes' à doença, eles não o são de forma aparente, já que as mulheres suportam melhor os efeitos morais da soropositividade, ou seja, 'aceitam' melhor a doença. A dificuldade masculina em 'aceitar' a realidade da doença e os constrangimentos que ela impõe tornam, do ponto de vista da mulher, os homens moralmente mais vulneráveis, o que os leva a fazer um excessivo consumo de álcool, tabaco e drogas, tornando-se, portanto, mais suscetíveis às doenças ocasionais em conseqüencia da debilidade orgânica. Além disso, a 'não aceitação' da doença conduz o homem a um sofrimento interior que pode ser, na visão das mulheres, ainda mais terrível que a própria doença, pois implica uma espécie de 'autodestruição'.

Da mesma forma que os efeitos da AIDS nos homens se fazem sentir primeiro no nível interno – moral –, a doença é reservada à esfera privada. Eles não somente preferem manter sua soropositividade em segredo, como também dificilmente se submetem a tratar a doença fora do espaço doméstico, tanto que se recusam a manter acompanhamento médico periódico. Desse modo, enquanto nas mulheres esta doença se apresenta como fenômeno de ordem física e externa, nos homens se manifesta como sendo de ordem moral e interna.

Entretanto, esta percepção feminina da forma pela qual os homens apreendem a doença só faz sentido mediante a referência que a ela se contrapõe, isto é, o universo masculino e feminino em seu estado normal, ou seja, na ausência da doença. Para compreender o jogo de inversões, retomaremos um ponto fundamental: a 'não aceitação' masculina da doença que, na perspectiva feminina, é o principal fator explicativo do comportamento dos homens no que se refere à AIDS.

A questão que se coloca é: por que os homens não 'aceitam' sua condição de portadores do vírus HIV como o fazem as mulheres? Primeiro porque, como elas próprias afirmam, dificilmente eles ficam doentes e, assim, são associados à força e à resistência física. Segundo, porque 'aceitar' a doença corresponde a aceitar certos limites por esta impostos à 'liberdade', condição intrínseca à masculinidade. Isto, por sua vez, implica submissão aos cuidados médicos e, sobretudo, aos preceitos morais que estes representam. Enfim, os homens não 'aceitam' a doença porque isso equivale à negação da própria masculinidade. Para eles, a AIDS, antes de ser estigmatizante, é humilhante.

Mas, semelhante a um efeito perverso, esta afirmação de masculinidade que se manifesta através da 'não aceitação' da doença produz justamente o seu inverso. Dito de outra forma, buscando preservar os atributos essencialmente masculinos, os homens terminam por cair exatamente no outro extremo, aquele que, *a priori*, é reservado ao feminino. Assim, por não suportar as limitações e a decadência física ocasionadas pela AIDS, os homens transformam a soropositividade em problema moral[15] ao recusarem vê-la enquanto doença. Na condição de problema interior, a enfermidade em questão é, em geral, limitada pelo homens ao domínio privado, à casa. E, por atingi-los em sua própria essência – a masculinidade –, esta é capaz de revelar a verdadeira 'fraqueza' que se encontra encoberta pela aparente 'resistência' masculina.

As mulheres, por outro lado, testemunham sua 'força' por meio da AIDS, e, em contraposição à reação de seus companheiros, incorporam, em face da doença, as qualidades eminentemente masculinas. Para elas, esta enfermidade, assim como as demais, consiste em problema que pertence antes de tudo à ordem física, razão pela qual adotam uma série de medidas preventivas. Conseqüentemente, vivem a doença de maneira mais pública do que os homens: fazem apelo aos profissionais da saúde, às instituições de ajuda aos doentes e a outros recursos que lhes possam ser úteis nesse combate à doença, como por exemplo as instituições religiosas ou filantrópicas. Além disso, uma vez que a doença afeta profundamente os homens, elas se sentem responsáveis pelo controle da situação. Desse modo, lá onde os homens manifestam sua 'fraqueza', as mulheres demonstram toda a sua 'força', que é antes moral do que física.

A AIDS NAS PERSPECTIVAS MASCULINA E FEMININA

Ainda no nível simbólico, podemos observar que as representações femininas a respeito da percepção da AIDS – tanto quando falam acerca dos homens como quando se referem à própria condição – mostram, na verdade, a diferença entre a maneira masculina e a feminina de ver e agir no mundo social. Assim, apesar da inversão operada pela doença, as estratégias acionadas para enfrentar esta situação são coerentes com as representações que estruturam as diferenças de gênero.

De início, nos deteremos no caso feminino. As mulheres são unânimes em reconhecer que, apesar do choque inicial, terminaram por 'acostumar-se' à idéia de serem portadoras do vírus HIV, 'aceitando' a doença. Em conseqüência, adotam uma série de medidas que visam a evitar as demais doenças e os fatores que, potencialmente, poderiam contribuir para o desencadeamento da AIDS. Por meio deste comportamento, procuram adaptar a situação de forma a contemplar a instabilidade de sua condição de soropositivas. Admitem, assim, sua vulnerabilidade física e não fazem questão, em geral, de manter em segredo sua soropositividade, uma vez que somente por esta revelação podem ter acesso ao apoio dos familiares e também de instituições de caráter público. Quando doentes, as mulheres não hesitam em fazer apelo à Medicina ou a outros recursos de cura, pois o que lhes interessa é debelar os sintomas e doenças que se apresentam, mesmo que a verdadeira causa da doença – no caso, a AIDS – não possa ser eliminada. O objetivo das mulheres é o de viver o maior tempo possível, pois, se não for ainda possível a cura desta enfermidade, poderão, ao menos, cuidar de seus maridos e, sobretudo, de seus filhos até que estes se tornem mais independentes.

Já os homens encaram sua condição de portadores do vírus HIV de forma totalmente diferente, e mesmo oposta, daquela acionada pelas mulheres. Em primeiro lugar, 'não aceitam' a doença, ou seja, não se conformam a uma realidade imposta por exame médico, que não possui ainda manifestação empírica. De igual modo, não admitem restringir suas práticas habituais por causa de uma doença que não apresenta, no presente, nem mesmo um sintoma. E, como nesta perspectiva a doença de fato não existe, os homens se recusam a ter acompanhamento médico. Preferem manter em

segredo sua soropositividade, pois não querem ser tidos pelos outros como doentes ou, o que é ainda mais grave, tornar-se objeto de compaixão.

Estas diferentes maneiras de conceber a condição de portador do vírus HIV e de enfrentar a doença correspondem, na verdade, aos protótipos do masculino e do feminino. Os homens apreendem a Aids, ou melhor, a soropositividade para o vírus, como espécie de desafio. Assim, isso que as mulheres identificam enquanto a 'não aceitação' da doença é, efetivamente, a forma propriamente masculina de enfrentar esta realidade. Os homens estabelecem verdadeiro combate contra a doença – e, indiretamente, contra a moral dominante – que consiste justamente em desafiá-la, provocando-a a fim de medir as forças – aquelas deles mesmos contra aquelas do vírus – e que tem o espaço público, a rua, como o seu palco privilegiado. Nesta perspectiva, o objetivo é resistir, com dignidade, o maior tempo possível, isto é, com a manutenção de todas as capacidades e sem ajuda exterior. A manifestação dos sintomas da Aids e, principalmente, as marcas que estes imprimem sobre o corpo – perda de peso e de cabelos, doenças de pele –, representam o limite deste combate e determinam a vitória da doença.

Não é ao acaso que os homens concebem esta luta como a única maneira de viver a soropositividade. O desafio é elemento fundamental tanto na socialização masculina como na própria relação entre homens.[16] É através do desafio que os homens vêem e estabelecem sua relação com o mundo social. O valor de um homem é proporcional à dificuldade do desafio que ele consegue vencer ou ao qual consegue, ao menos, resistir o maior tempo possível. A masculinidade não está assim tanto na vitória, mas sobretudo no desafio. Desse modo, o que é vergonhoso não é perder um combate, mas recusar-se a enfrentá-lo, o que corresponde à negação da própria condição masculina – tanto que aqueles que recusam um desafio são igualados à condição feminina.

As mulheres, por sua vez, possuem outra concepção da soropositividade. Na visão feminina, a única forma de enfrentar a doença é evitando os fatores que se encontram na origem de grande parte das doenças, tais como o trabalho, a umidade, o frio, a má-alimentação etc., e através do tratamento das doenças que se manifestam. Para as mulheres, o local menos nocivo à saúde é o espaço doméstico, a casa. A debilidade física é já característica feminina, apenas acentuada pela doença. A mobilização da rede de relações familiares faz também parte das estratégias femininas acionadas ante situações difíceis, em especial aquelas de doença.[17] São ainda as mulheres, sobretudo nas classes mais desfavorecidas da população, que detêm o conhecimento a respeito das instituições e da burocracia pública, apelando assim à intervenção de agentes exteriores.

Este privilégio concedido pelas mulheres à terapêutica tanto preventiva como curativa não se restringe à Aids. A socialização feminina e todo o cotidiano das mulheres se baseia no tratamento dispensado aos outros – este se inicia através do cuidado dos irmãos caçulas até passar ao cuidado do marido e dos filhos. Neste contexto, não é também por acaso que a alimentação constitui o meio de cuidado privilegiado, porquanto esta sempre foi atribuição feminina. Além disto, a alimentação é tida como

fundamental tanto para o crescimento das crianças como para a manutenção da 'força' masculina.[18] Desse modo, se o desafio é, para os homens, um meio de provar suas qualidades propriamente masculinas, já para as mulheres, a manutenção de suas conquistas e vantagens depende de sua capacidade de 'aceitar' a realidade tal como esta se apresenta, em habituar-se à situação. Na perspectiva feminina, lutar contra a realidade é desperdício de tempo e de força, seja porque esta já está determinada pela própria 'natureza' – como as doenças ou o comportamento masculino –, seja porque elas se sentem impotentes perante as forças que sustentam esta realidade – como o capital econômico ou social dos 'ricos'.

Enfim, podemos ver na 'aceitação' feminina da doença e no desafio que os homens lançam contra esta, as diferentes maneiras de enxergar o mundo, definidas já na própria socialização, ou seja, na definição de gênero. E, se é possível identificar uma inversão de gênero na forma como a doença é atualizada, como demonstramos no item precedente, esta inversão só se revela a partir de inversão do próprio olhar, ou seja, privilegiando-se uma perspectiva que contempla a dimensão interior e não a exterior. Assim, sob o prisma da exterioridade, onde o que conta é o aspecto performático da realidade, os homens se mantêm sempre no pólo masculino e garantem, pela própria maneira de enfrentar a doença – o desafio –, sua masculinidade. Por sua vez, as mulheres continuam a ser identificadas ao pólo feminino, onde se destacam a sensibilidade e a vulnerabilidade. Entretanto, tanto sob o ângulo da interioridade como aquele da exterioridade, as oposições estruturais de gênero se mantêm, apesar de aparecerem, no nível simbólico, associadas a pólos inversos.

NOTAS

* Este artigo é parte dos resultados da pesquisa "Aids, Reprodução e Sexualidade: uma abordagem antropológica", que contou com o apoio da Fundação Carlos Chagas e da Fundação MacArthur, através do II Programa de Treinamento em Pesquisa sobre Direito Reprodutivo na América Latina e Caribe (Prodir). Agradeço a leitura atenciosa de Maria de Nazareth Agra Hassen.

1 O aumento gradativo de mulheres entre os casos notificados é atestado pelos Boletins Epidemiológicos do Programa Nacional de DST/HIV/Aids. Estudos mais específicos, que têm se preocupado em traçar o perfil destas mulheres (GUIMARÃES; DANIEL & GALVÃO (1988); GRANGEIRO (1994); NAUD et al. (1993) e nossos próprios dados etnográficos), indicam tratar-se daquelas pertencentes às camadas baixas da população, com parceiro fixo, filhos, aliança estável. Ou seja, não podem ser incluídas em nenhum 'grupo de risco' (prostitutas, promíscuas, usuárias de drogas).

2 É importante salientar que, na parte final, não estamos trabalhando apenas com representações femininas, mas também com nosso próprio material etnográfico a respeito dos homens.

3 Esta mesma perspectiva estava presente também nos discursos a respeito da sífilis. Sobre este tema, ver CARRARA (1994).

4 As mulheres casadas estabelecem sempre a diferença, sobretudo no que se refere às práticas sexuais, em relação às 'da rua'. Estas últimas são identificadas com as práticas percebidas como vulgares e 'nojentas' – coito oral e anal, por exemplo –, tidas como indignas para uma mulher 'de respeito'.

5 Neste contexto, a mulher não precisa, necessariamente, ser a própria esposa, pois tanto a mãe como a irmã podem desempenhar esse papel. Entretanto, a esposa é fundamental para o estabelecimento do *status* de pai, visto que a paternidade não pode ser garantida se esta se dá fora de aliança reconhecida socialmente. De outro, a esposa exerce controle sobre as práticas sexuais masculinas, ao menos no sentido de sua visibilidade social – domínio que foge à autoridade da mãe ou da irmã. A respeito do *status* de pai, ver, entre outros, DUARTE (1986); JARDIM (1995); FONSECA (1993) e VICTORA (1991).

6 A única exceção é para a contaminação mediante relações homossexuais, mas nesta situação ainda pode haver a atenuante da idade. Apenas em três casos a contaminação masculina foi identificada pelas mulheres como decorrente de relações homossexuais. Em dois deles, quando o homem é bastante jovem, não há condenação deste comportamento, por ser percebido como relativamente normal e passageiro durante esta fase de vida masculina. No outro caso, em que o homem já era adulto, a condenação existe, mas é atenuada pelo fato de ter sido 'bom marido' durante os vários anos de aliança.

7 É principalmente neste último plano que a esposa se diferencia da mãe ou da irmã, pois, se estas últimas podem ocupar-se da sobrevivência material dos homens – preparar a alimentação, arrumar as roupas etc. –, exclusivamente a primeira exerce influência relativamente efetiva sobre o comportamento masculino – visto que parte da honra dos homens está comprometida naquela aliança.

8 As mulheres opõem sempre a esta 'fraqueza' masculina sua própria resistência à dor – que manifesta nas experiências relacionadas ao parto sua expressão máxima. A este respeito, ver KNAUTH (1991); LOYOLA (1984) e VICTORA (1991).

9 Não podemos esquecer a importância que a força física assume para os grupos populares. A este respeito, ver BOLTANSKI (1984), BOURDIEU (1979), DUARTE (1986) e FONSECA (1993).

10 A questão de quem permanece com a casa em caso de separação conjugal é determinada basicamente pelo fato de quem tinha a posse desta ou do terreno antes da aliança.

11 Apesar de exemplos que atestam o contrário, a maioria das mulheres que dispõe de aliança relativamente estável não considera a possibilidade de outra aliança. Utiliza, como justificativa, a própria doença: 'Quem vai querer se casar com mulher que tem Aids?'.

12 É nesse sentido que esta retrospectiva do passado não corresponde ao *repli sur soi* que Michel Pollak observa entre os homossexuais portadores do vírus HIV. Segundo o autor, "é porque ela conduz a reexaminar o passado e a colocar em questão as escolhas e as posições adotadas (sexuais), que a Aids favorece a introspecção e o *repli sur soi*" (POLLAK, 1988:115). Para o caso que estamos analisando, o reexame do passado serve para justificar a posição atual e não para questionar atitudes adotadas anteriormente.

13 Existe ampla bibliografia a respeito desta questão que tem como importante ponto de origem a própria reflexão desencadeada dentro do movimento feminista. Ver, entre outros, ROSALDO (1995), RUBIN (1975), SAFFIOTI (1969) e SCOTT (1990). É também imprescindível ver BOURDIEU (1990) e a excelente análise de HEILBORN (1992).

14 Para o caso brasileiro, ver especialmente GUIMARÃES (1994) e BARBOSA & VILLELA (1994).

15 Esta 'não aceitação' da doença não é apenas 'negação' psicológica, pois envolve a questão moral da preservação da masculinidade. Os homens, apesar de conhecerem bem as implicações de sua condição, e por isso mesmo, recusam-se a viver antecipadamente a doença.

16 Sobre a importância do desafio na socialização masculina, ver, entre outros, JARDIM (1995) e LEAL (1984).

17 As mulheres recorrem à seus familiares também em outras situações, como por exemplo, em caso de briga conjugal grave ou na ocasião da separação conjugal. Para análise da mobilização das relações familiares em virtude da hospitalização, ver KNAUTH (1992).

18 LÉVI-STRAUSS já demonstrou o papel fundamental exercido pelas mulheres na transformação da natureza em cultura, por meio do cozimento dos alimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, R. M. & VILLELA, W. V. *A trajetória feminina da Aids.* Campinas: SEMINÁRIO MULHER E CIDADANIA: RUMOS E DESCAMINHOS DAS POLÍTICAS SOCIAIS, Abep, 1994. (Mimeo.)

BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo.* Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BOURDIEU, P. *La Distinction: critique sociale du jugement.* Paris: Minuit, 1979.

BOURDIEU, P. La domination masculine. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales,* 84, 1990.

CARRARA, S. A Aids e a história das doenças venéreas no Brasil. In: PARKER, R. (Org.) *A Aids no Brasil.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Abia/IMS-Uerj, 1994.

DUARTE, L. F. D. *Da Vida Nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas).* Rio de Janeiro: Zahar/CNPq, 1986.

FONSECA, C. L. *Crime, Corps, Drame et Humour: famille e quotidien dans la culture populaire,* 1993. Tese de Doutorado de Estado, Paris: Université de Nanterre.

GRANGEIRO, A. O perfil socioeconômico dos casos de Aids da cidade de São Paulo: In: Parker, R. (Org.) *A Aids no Brasil.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Abia/IMS-Uerj, 1994.

GUIMARÃES, C. D. Mulheres, Homens e Aids: o visível e o invisível. In: PARKER, R. (Org.) *A Aids no Brasil.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Abia/IMS-Uerj, 1994.

GUIMARÃES, C. D.; DANIEL, R. & GALVÃO, J. *O impacto social da Aids no Brasil: o caso do Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro: Relatório final, Abia, 1988. (Mimeo.)

HEILBORN, M. L. Fazendo Gênero? A antropologia da mulher no Brasil. In: COSTA, A. O. & BRUSCHINI, C. (Orgs.) *Uma questão de gênero.* São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992.

JARDIM, D. F. Performances, reprodução e produção dos corpos masculinos. In: *Corpo e Significado: ensaios de Antropologia Social.* Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.

KNAUTH, D. *Os Caminhos da Cura: sistemas de representações e práticas sociais sobre doença e cura em uma vila de classes populares,* 1991. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

KNAUTH, D. Representações sobre doença e cura entre doentes internados em uma instituição hospitalar. *Cadernos de Antropologia,* 5, 1992.

LEAL, O. F. *Verbal Duelling and other Challenge Discourses: male representations of sex and power in Brazil.* Trabalho apresentado na Reunião da Associação Brasileira de Antropologia (ABA), Curitiba, 1984.

LOYOLA, M. A. *Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde.* São Paulo: Difel, 1984.

MANSOUR, S. Les retentissements psychologiques de l'Infection à HIV sur l'Enfant et sa famille. In: *Sida, Enfant, Famille.* Paris: Centre International de l'Enfance, 1993.

NAUD, P. et al. *O Perfil Sexual de Mulheres HIV Positivas do Ambulatório de DST do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.* Porto Alegre, 1993. (Mimeo.)

POLLAK, M. *Les Homosexuels et le Sida.* Paris: Métailié, 1988.

ROSALDO, M. O uso e o abuso da Antropologia: reflexões sobre o feminismo e entendimento intercultural. *Horizontes Antropológicos,* 1 (PPGAS/Universidade Federal do Rio Grande do Sul), 1995.

RUBIN, G. The traffic in women: notes on the 'political economy' of sex. In: REITER, R. Toward a Anthropology of Women. New York: Monthly Review Press, 1975.

SAFFIOTI, H. *A Mulher na Sociedade de Classes: mito e realidade.* São Paulo: Quatro Artes, 1969.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade,* 16(2), 1990.

VICTORA, C. G. *Mulher, Sexualidade e Reprodução: representações do corpo em uma vila de classes populares em Porto Alegre,* 1991. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

12

AIDS e Sexualidade entre Universitários Solteiros de Porto Alegre: um estudo antropológico

Patrice Schuch

A AIDS tem sido reconhecida como 'epidemia mutante'. Isto porque o perfil dos infectados pelo HIV, desde o princípio dos anos 80, vem sofrendo expressivas transformações. Oficialmente, a epidemia desta doença iniciou-se no Brasil em duas grandes metrópoles – Rio de Janeiro e São Paulo. A partir de 1987, se difunde de modo contínuo para o conjunto da Federação, chegando a apresentar elevadas taxas de incidência em regiões geograficamente afastadas do Sudeste, no início dos anos 90. Assim, há contínua expansão do registro de casos de AIDS tanto nos epicentros geográficos tradicionais quanto no conjunto do País.

Paralelamente a essa transformação, ocorre uma tendência de mudança nas categorias de exposição ao HIV em que chama a atenção o aumento da transmissão heterossexual. Importa destacar que não há redução no número absoluto de casos novos entre homo ou bissexuais, o que reflete a extensão da epidemia a outros segmentos da população, sem decréscimo dos casos entre as categorias mais atingidas no início dos anos 80 (*Dados*, 1996).

Segundo Guimarães (1992), vivemos hoje a época da "etapa heterossexual" da epidemia no Brasil, em que a "população geral", "normal" e "familiar" perdeu sua "imunidade ideológica", produzida para fechar seus corpos contra a AIDS e suas vítimas, afastando-se das "sexualidades perigosas".

Este trabalho pretende discutir as concepções de risco e o comportamento preventivo contra a AIDS entre jovens universitários solteiros de Porto Alegre. A preocupação com este grupo de pessoas reside no fato de que este segmento da população revela altos índices de infecção pelo HIV. Além disso, os pesquisados são heterossexuais, o que os coloca em uma das categorias de exposição com índices crescentes de soroprevalência. As pessoas estudadas, então, pertencem ao grupo das possuidoras de 'imunidade ideológica' contra a AIDS, a qual estaria atualmente em decadência, tendo em vista a alta incidência desta doença em heterossexuais.

Apesar disso, levantamos a hipótese de que, no grupo pesquisado, essa 'imunidade ideológica' continua atuando e demarcando identidades sociais que justificam práticas não preventivas com relação à infecção pelo HIV.

Nesse sentido, por um lado, dizemos que o perfil epidemiológico da AIDS transforma-se mais rapidamente do que as concepções que a cercam, ainda marcadas por valores morais que identificam o soropositivo como desviante/marginal. Por outro, o estudo concernente a jovens universitários, ou seja, pessoas escolarizadas, atende à preocupação de romper com a idéia que vê a utilização das práticas preventivas como questão apenas de posse/veiculação de informações. O que enfatizamos é a necessidade de perceber os significados socialmente construídos de AIDS, de corpo e das relações sexuais e afetivas que estão sendo produzidos e vivenciados no cotidiano do grupo pesquisado.

Desta forma, procuramos destacar as lógicas culturais específicas que justificam determinados comportamentos e as negociações envolvidas para a definição da prevenção ou não contra a AIDS. Importa ressaltar que, apesar de existirem outras formas de transmissão do HIV, salientaremos a sexual, em razão de ser a mais freqüente e de sugerir questões sobre sexualidade e afetividade.

Metodologia e Universo de Estudo

Nesta pesquisa, utilizamos a metodologia tradicional em Antropologia, a etnografia, que contou com as técnicas de observação participante, feita em locais de sociabilidade do universo pesquisado – como bares das universidades e danceterias – e entrevistas semi-estruturadas com vinte jovens universitários solteiros moradores de Porto Alegre, Capital do Rio Grande do Sul – onze homens e nove mulheres. As entrevistas foram feitas tanto em locais públicos quanto nos espaços domésticos e duraram em média seis horas cada, tendo havido de dois a três encontros por entrevistado.

Os pesquisados situam-se na faixa etária dos vinte aos trinta anos. Com base na pesquisa podemos perceber que a atividade de estudo ocupa posição central na vida dos mesmos, caracterizando-se como fronteira distintiva de outros grupos sociais e garantia de prestígio e ascensão social.[1] Apenas dois entrevistados não exerciam nenhum tipo de atividade remunerada, ao passo que a maior parte possuía bolsa de pesquisa ou monitoria nas universidades onde estudavam. A maioria morava com os pais e dependia da família para complementação de renda. Somente quatro pessoas não moravam com a família de origem, pois vieram do Interior do estado do Rio Grande do Sul para estudar em Porto Alegre. Também estes recebiam ajuda financeira da família, alguns regularmente e outros de forma eventual.

Quase a metade dos informantes possui pais com nível superior de educação, sendo em sua maioria profissionais liberais e professores. A outra metade é composta pelos estudantes que têm pais com nível secundário de graduação, trabalhando como comerciantes e funcionários públicos. A trajetória dos pais se distingue pelo deslocamento das cidades do Interior do estado para Porto Alegre. Estas pessoas, após o casamento, foram para esta metrópole em busca de estudo e de novas oportunidades de trabalho, constituindo aqui suas famílias, pois grande parte dos pesquisados, seus filhos, é originária de Porto Alegre. Fato notável é que as famílias caracterizam-se pela

trajetória de ascensão social e, como membros das camadas médias, há a preocupação com a atualização de um código simbólico em permanente mudança. Como Velho (1981) escreve, embora esta preocupação esteja presente em qualquer categoria social, nas camadas médias ela aparece com mais vigor, em virtude de ser mais exposta às ideologias de modernização.

DOENÇA DO DESVIO E DA MARGINALIDADE: A AIDS E SEUS SIGNIFICADOS SOCIAIS

Até o momento, a maior parte dos estudos sobre as respostas sociais que a AIDS desperta concentra-se naqueles grupos associados, desde o registro dos primeiros casos da doença, à marginalidade, como as prostitutas, os homossexuais masculinos e os usuários de drogas injetáveis. Essa realidade vem se modificando, devido à própria transformação no perfil epidemiológico da AIDS, que se difunde para o conjunto da população e coloca em cena novos atores sociais.

Apesar disso, as pesquisas com esses novos atores sociais – como por exemplo, a de Guimarães (1992, 1996), Knauth (1996) e Rodrigues (1996) – têm salientado a elaboração de identidades sociais que mantém a AIDS como 'perigo distante'. Assim, embora as estatísticas referentes aos novos casos de infecção pelo HIV estejam destacando a disseminação desta doença entre o conjunto da população, persiste uma associação AIDS/marginalidade/perigo, a qual, por sua vez, produz uma identidade social do soropositivo que estaria comprometida com a prática de comportamentos considerados desviantes.

Uma das grandes dificuldades da prevenção contra a infecção pelo HIV provém dessa identificação da referida doença com um comportamento desviante/marginal. Os estudos sobre percepção de risco entre mulheres monogâmicas de grupos populares são exemplares desta problemática, pois, como destaca Guimarães (1992) , a infecção pelo HIV produz a perda da identidade de "mulher de respeito", que é colocada junto com aquela "outra mulher". Knauth (1996), por sua vez, pesquisa a resposta que mulheres soropositivas, as quais não são identificadas como 'as outras' mulheres, dão ao fato de serem portadoras do HIV, afirmando que há negociação das identidades, produzindo-se separação entre as soropositivas que 'procuraram' a AIDS e as que 'não procuraram', o que vem fortificar a idéia da existência dos chamados 'grupos de risco'.

Percebemos a recorrência dessa classificação no universo pesquisado, cujos integrantes negociam sua identidade social constantemente ao falar sobre AIDS. Nesse sentido, os jovens universitários evocam tanto uma concepção de não responsabilidade da infecção pelo HIV quando o discurso sobre a contaminação diz respeito a uma pessoa conhecida ou próxima, quanto uma concepção de responsabilidade pessoal da infecção pelo vírus, quando o discurso sobre a contaminação diz respeito à população em geral.

A primeira concepção, que se refere àquelas pessoas que 'não procuraram' a AIDS, considera esta doença como do 'outro', pois como diz Loyola (1994), os indiví-

duos não se percebem como possíveis infectados pelo HIV em razão da sua própria conduta, mas por um 'outro': namorado(a) que traiu, transfusão de sangue, destino etc.

No decorrer da pesquisa, coletamos algumas histórias, sobre o contrair o vírus da mencionada doença, que são indicativas dessa lógica de não responsabilidade pela infecção do HIV. Além de demostrarem a 'inocência' das vítimas que 'adquiriram' o vírus, as histórias também evocam a associação da AIDS como arma, concebendo que os soropositivos têm o poder de ameaçar os outros com seus próprios fluidos corporais.[2] O seguinte depoimento é pertinente:

> *Eu sei de uma história de uma guria que anda por aí, na noite de Porto Alegre... fica com os caras, é tri bonita. Ela e o namorado estavam dentro de um carro quando vieram dois negrões assaltá-los. Um dos caras segurou o namorado da guria no banco de trás e o outro estuprou a guria na frente do namorado. Aí o outro cara mudou de posição e a estuprou pela frente e por trás. Depois ela foi fazer o exame da AIDS e deu positivo. Mas ela continua por aí, ninguém sabe que ela está com AIDS, ela é tri-bonita, está contaminando um monte de gente.* (Fábio, 20 anos, Medicina)

Vemos, através do relato, a identificação do portador HIV como um marginal que, utilizando a AIDS como arma, contamina a vítima através de seus fluidos corporais. Esta, após ser infectada pelo vírus, de vítima passa a adotar comportamento marginal, agindo de modo a contaminar outras pessoas. O vírus HIV, portanto, além de atacar a imunodeficiência do organismo, também age sobre os atributos morais de seu portador. Através dessa ótica, a contaminação pelo HIV, além de física, é também moral.

Ao mesmo tempo, apesar de se mostrarem bem informados sobre o que é a AIDS e suas formas de prevenção, quando o discurso sobre a contaminação pelo HIV diz respeito à população em geral, a maior parte dos pesquisados identifica a existência dos chamados 'grupos de risco', que seriam aqueles responsáveis pela própria contaminação, ou seja, aqueles que 'procuraram' esta doença. Tais 'grupos' são classificados como sendo o dos 'homossexuais', o dos 'drogados' e o das 'prostitutas', em clara estigmatização de comportamentos sociais considerados desviantes.

Como vemos, há dupla associação da AIDS com marginalidade, tanto porque o vírus HIV exerce ação sobre os atributos morais de seu portador, como porque, como já dito, há estigmatização de comportamentos sociais desviantes na identificação dos 'grupos de risco'. A associação com a marginalidade explicita alguns valores morais atribuídos à doença em questão e caracteriza um imaginário social marcado pelo desvio, o que dificulta a prevenção a ela, uma vez que demonstrar preocupação com precaução pode ser tomado como indicativo de comportamento desviante/marginal.

Nesse sentido, várias jovens relatam o constrangimento envolvido no fato de levar o preservativo masculino dentro da bolsa, já que essa atitude, paradoxalmente, pode ser encarada como sintoma de comportamento de risco, ou seja, de 'transar com todo mundo'. Se fizessemos uma hierarquia de riscos, o de infecção pelo HIV apareceria como menor que o risco de julgamento referente aos atributos morais da portadora do preservativo.

O grande desafio vivido pelos pesquisados é a produção de estratégias sociais que permitam negociar a prevenção sem esquecer de lidar com os julgamentos morais sobre a AIDS, caracterizados pelo desvio e pela marginalidade. Um desses arranjos sociais, formulados pelas mulheres, relaciona-se ao pedido da utilização do preservativo tendo por 'desculpa' o não uso da pílula anticoncepcional, mesmo que a utilizem de fato. Assim, o preservativo como contraceptivo é aceito com menos resistência do que como prevenção à doença em foco, que evoca em torno de si uma série de valores morais.

Essas resistências contra a utilização do preservativo como prevenção à AIDS estão explícitas no discurso de alguns informantes, que relataram que o pedido para o uso do condom é muitas vezes vivenciado como acusação, notadamente de 'sujeira'. Tendo por base as leituras de Douglas (1976), podemos perceber que sujeira é subproduto de uma ordenação e classificação e, sendo essencialmente desordem, aproxima-se simbolicamente da idéia de mal e impureza. O seguinte depoimento é exemplar:

> *Eu disse a ela: vamos fazer sem camisinha. Aí ela me disse que queria transar com camisinha. Eu perguntei: por que? Eu não sou sujo, eu sou limpo nesse aspecto.* (Vítor, 30 anos, Ciências Sociais)

Em outras situações, a associação com 'sujeira' está relacionada a determinados tipos de comportamentos, como se certas atitudes fossem 'sujas', ou seja, impuras. Percebe-se, nesse caso, a ação purificadora do teste de infecção do HIV, o qual é acompanhado de projeto de mudança de comportamento.

> *Chegou uma época em que eu resolvi parar, dar um tempo. Eu pegava uma guria, ficava com ela, levava ela pra um motel e transava com ela. Era bom na hora, mas depois dava um vazio. Estou cansado de tudo isso... de ir nos bares, elas só agarram tua bunda, teu pescoço... Agora estou limpo, fiz o teste da AIDS e deu negativo. Não vou mais transar com todo mundo: tem outras formas de fazer a coisa, é o negócio do carinho, do estar junto, de abraçar, de tocar um no corpo do outro.* (Márcio, 23 anos, Administração)

RELAÇÃO SEXUAL COMO ENCONTRO: INTERAÇÃO DE SENTIMENTOS E FLUIDOS

A referência ao limpo/sujo também orienta a classificação das relações sexuais em puras e impuras. As relações em que os parceiros já são conhecidos e nas quais existe algum tipo de envolvimento sentimental seriam as relações puras, 'limpas'. Já aquelas em que há um rápido conhecimento dos parceiros antes da prática sexual, que acontece sem nenhum tipo de envolvimento, a não ser o 'tesão', seriam as impuras. Nesse tipo de relação, muitos entrevistados, em geral homens, referiram a necessidade de tomar banho para 'se limpar' do ato sexual, que é, segundo afirmam, 'bom na hora', mas depois causa sensação de 'vazio'.

Desta forma, assim como a troca de fluidos corporais com um portador do HIV proporciona o acesso a substâncias físicas e a qualidades morais, aqui também a troca

de secreções com o parceiro envolve mais do que substâncias corporais.[3] Assim, a relação sexual é concebida como encontro, relação social, enfim, uma comunicação entre duas pessoas que implica trocas de substâncias corporais, emoções, sentimentos, expectativas.

'Transar', 'possuir', 'entregar-se', 'dar', 'comer', 'fazer amor' são termos que necessariamente envolvem relações, trocas, construções, interações, misturas, fusões, uniões. 'Transar' refere-se a intercâmbio, acordo, reciprocidade, combinação. Nessa combinação, simultaneamente os parceiros 'se possuem' e 'entregam-se'. Há um 'dar' significando um doar-se dos parceiros, que são 'comidos', atingindo a plenitude no 'fazer amor', como significante maior de todo o processo, expressando unicidade e complementação.

Como vemos, a relação sexual não é percebida como mera atividade corporal ou instinto natural: é plena de significados sociais. No entanto, é preciso interpretar com cuidado estas informações, uma vez que são suscitadas em contexto situacional específico, no qual há a preocupação quanto à pesquisa em torno do tema da AIDS em torno do qual existe um imaginário social caracterizado pelo desvio/marginalidade/perigo. Por conseguinte, o discurso que classifica as relações sexuais em limpas/sujas, ou seja, puras/impuras, tendo por base o nível de envolvimento sentimental entre os parceiros, é acionado pela temática da AIDS, que, de certa forma, vem produzir e/ou fortalecer essas dicotomias. Além disso, é preciso lembrar o discurso moral desta doença como aquela que surge para 'limpar' a sociedade de seus males e exageros. Desse modo, as classificações de limpo/sujo, puro/impuro, não podem ser substantivadas, mas sim encaradas em seu aspecto situacional.

A lógica situacional de classificação das relações sexuais entre puras e impuras, com base no critério de conhecimento anterior dos parceiros, é explicitada quando percebemos a constante recorrência de relações eventuais na contemporaneidade, as quais colocam em evidência um imperativo da ideologia de compromissos não obrigatórios, em que o intimismo, o isolamento e a privacidade ganham ênfase. Assim, coexistem um discurso sobre as relações eventuais que as classifica como impuras – discurso elaborado situacionalmente – e uma prática que revela a recorrência de envolvimentos eventuais e descompromissados entre os parceiros.

Relacionamentos Afetivos: Namoro, Paixão e 'Ficar'

Essencial para a percepção dos significados simbólicos e práticos das medidas preventivas contra a AIDS é a compreensão da diversidade dos envolvimentos afetivos e sexuais, procurando entender seus valores e características. Logo, importa analisar as formas de relacionamento entre os parceiros e os sentimentos e expectativas envolvidos em torno dos mesmos, porque interferem nas negociações a respeito da prevenção a esta doença.

Esta etnografia realizada entre jovens universitários solteiros de Porto Alegre aponta para a existência de uma diferenciação recorrente entre as relações estáveis – o

'namoro' – e as relações eventuais – que podem ser 'paixão' ou 'ficar', havendo a possibilidade de existir continuidade (ou não) entre estes tipos de relações: 'ficar', se apaixonar e namorar; nelas, o discurso sobre a prevenção à AIDS com o uso do condom durante as relações sexuais é diferente. Isso porque as informações sobre prevenção podem ser usadas seletivamente, de acordo com as diferentes concepções de risco relacionadas com os valores associados aos diversos tipos de relações afetivas.

As relações estáveis, ou seja, o namoro, caracterizam-se pela confiança mútua entre os parceiros que, em geral, já se conhecem antes de iniciar a relação. O envolvimento é caracteristicamente público, com um compromisso entre os parceiros e perante o grupo social, ou seja, há toda uma rede de relações sociais. O sentimento de cumplicidade é enfatizado na insistência de 'estar junto', que envolve múltiplos aspectos da vida dos parceiros. O namoro também implica expectativa de desenvolvimento, que pode (ou não) culminar em aliança. Nesse caso, a noção de tempo utilizada marca continuidade, com a contagem referindo-se a um mês e meio de namoro, dois anos etc., o que envolve, além da progressividade da relação, a demarcação de convívio cotidiano. É, portanto, relação estável e crescente entre duas pessoas, na qual o amor é referido como sentimento estruturador. O seguinte depoimento é expressivo:

> *Confio no meu namorado. Eu conheço o meu namorado bastante pra não usar a camisinha. Confiar é achar que ele não vai me trair, que não vai mentir. Eu transei com ele quando eu tinha um mês e meio de namoro, mas já o conhecia há três anos. Nós falamos das relações anteriores dele, ele transou uma vez sem camisinha, mas foi com 14 anos. No meu caso não tem porquê o uso da camisinha. Eu conheço os amigos, a família, as relações anteriores dele. Acho que fundamental é o amor, porque se tem amor eu acho que tem o resto: respeito, confiança, carinho. Amar é tu gostares muito daquela pessoa, sentir sua falta quando ela não está contigo, fazer as coisas junto com ela, se doar, respeitar suas vontades, suas idéias. É dividir as coisas, compartilhar.* (Ana, 21 anos, Educação Física)

O uso do preservativo masculino nas relações sexuais entre namorados aparece então como destituído de sentido, uma vez que o namoro se baseia na fidelidade enquanto valor e na noção de amor como garantia da confiança no parceiro. Como diz a informante, o amor é o fundamental, pois com ele se tem o 'resto': respeito, confiança, carinho. Desta forma, há baixa percepção do risco de infecção pelo HIV nesse tipo de envolvimento afetivo caracterizado pela estabilidade. A percepção do amor como integração – amar é dividir, compartilhar – também vem juntar-se às razões de recusa ao uso do preservativo, que é reforçada pela já referida visão da relação sexual como encontro que envolve sentimentos e fluidos corporais.

Na fala dos informantes, vemos a distinção básica que é feita entre amor e paixão. O amor é saudável. Segundo um informante, "ele te dá tranqüilidade, te coloca num patamar mais elevado", enquanto a paixão é doença: "...aquela coisa obsessiva da paixão". Igualmente, a afirmação de que paixão 'só o tempo cura' exemplifica esse tipo de visão.

Assim, a paixão é o domínio da irracionalidade, da falta de controle, do predomínio da emoção sobre a razão. Desta forma, constitui-se como domínio privilegiado

da irrupção do irracional na vida destes indivíduos, influenciados por sistema de valores altamente racional, que é a cientificidade. Segundo Velho (1986), a paixão é uma das experiências individuais mais fortes, sendo expressão das individualidades. Neste sentido, a paixão é pensada e vivida como experiência única de um 'eu' particular. Além disso, é algo inexplicável, envolve experiência privada, em contraposição ao namoro, público por excelência. Dizem os informantes:

> *A paixão não se explica, se sente. É uma coisa intensa. A paixão muda tudo.* (Karem, 21 anos, Direito)

> *A paixão é algo tórrido, intenso, ela é efêmera, única, a gente perde a cabeça, enlouquece. Mas de repente acaba tudo, a gente se cura.* (Marcos, 25 anos, Geologia)

Ao mesmo tempo em que a experiência da paixão evoca um domínio individualizante que tem o sujeito como principal referencial, ela foge ao domínio do indivíduo, pois é percebida como incontrolável. Há o predomínio da emoção sobre a razão, expressa no dizer: "a gente perde a cabeça, enlouquece..." situação que provoca associação da paixão como doença, ou seja, essencialmente desordem.

Em experiência tão desequilibrada, como controlar a atividade sexual introduzindo a obrigatoriedade do uso do preservativo masculino? Embora se tenha consciência da necessidade de sua utilização nas relações sexuais quando se está apaixonado, uma vez que a paixão é vista como súbita e efêmera, torna-se impossível controlar o desejo.

Já o 'ficar', ao contrário do 'apaixonar-se', é relação controlada e consciente de envolvimento entre duas pessoas. Uma pessoa pode 'ficar' com outra apenas uma ou duas vezes, quem sabe três, o que explicita noção de tempo de ruptura, pois a contagem não é feita em razão de dias/meses/anos como no namoro, mas sim em vezes, o que demostra descontinuidade no envolvimento, em termos de vivência de um cotidiano.

O 'ficar' é envolvimento momentâneo: as pessoas que 'ficam' são companhias uma da outra, entendendo-se companhia como pessoa com quem se está. É um 'estar com' livre de compromissos, em que os valores da liberdade, autonomia e prazer pessoal ganham ênfase. Vejamos o depoimento:

> *É tu ires num lugar, bater o olho em alguém, azarar, tu já estás com a boca seca, cheia de vontade, tu já não disfarças mais e aí vai... pode ser na mesma noite. Azaração é na mesma noite: tu estás numa festa, azara a noite toda, final da noite tu vais conferir. É uma coisa passageira, sei lá, tu queres ter alguém... não ligas pra mais nada, te liberta.* (Cláudia, 25 anos, Ciências Sociais)

Por isso é que o 'ficar' pode ser entendido como exacerbação da individualidade, muito mais que a paixão. Há um 'eu' que se sente liberto das pressões e condicionamentos sociais, tornando o 'ficar' um domínio privilegiado do 'culto do eu', já que o nível de escolha individual é extremamente valorizado, pois o indivíduo 'inventa' um envolvimento, controla suas vontades. Não é algo irracional como a paixão, na qual as pessoas são tomadas por emoções vistas como doentias e incontroláveis. Aqui, o domínio individual sobre os sentimentos é enfatizado por um 'eu' que se sente descompromissado em relação ao seu parceiro e em relação ao grupo social.

É preciso ressaltar, no entanto, que se pode começar um namoro mediante o 'ficar' se os parceiros escolherem dar continuidade ao envolvimento. Apesar dessa possibilidade, que se dá a partir do 'ficar' e não é algo intrínseco a ele, não há expectativa de desenvolvimento de relações posteriores no momento em que se 'fica', pois justamente o domínio da falta de compromisso é que o define.

Uma das causas que dificultam a utilização do preservativo masculino, nas relações sexuais das pessoas que 'ficam', parece ser a contradição entre um código de valores influenciado pela ideologia individualista – em que os domínios do privado, do íntimo e das escolhas individuais são enfatizados – e a normalização proposta pela Medicina, com a prescrição do uso do preservativo masculino nas relações sexuais, a qual vem abalar o domínio da escolha individual exacerbada no 'ficar'.[4]

Ao mesmo tempo, é preciso indicar que há aceitação do uso do preservativo neste tipo de relação eventual, o que se explica pelo pouco conhecimento dos parceiros e do não compartilhamento de sentimentos afetivos entre eles. Além disso, a relação sexual desprotegida provoca a troca de fluidos, que suscita outras trocas diversas, como por exemplo, as de sentimentos, de expectativas que não estão previstas nesse tipo de envolvimento.

Existe, então, consciência da necessidade da utilização do preservativo masculino nas relações sexuais ao 'ficar', o que não quer dizer que fatores de outra ordem não intervenham, dificultando a prevenção. Um desses fatores diz respeito à perda do prazer nas relações sexuais com a utilização do condom, o que remete a causas físicas que também interferem nas negociações para a prevenção da AIDS.

CORPO E PRESERVATIVO: UMA DIFÍCIL RELAÇÃO

Além das concepções a respeito da AIDS expostas até aqui, temos algumas percepções do corpo que influenciam na prevenção desta doença. Assim, existem reclamações recorrentes, em sua maior parte masculinas, a respeito do desconforto causado pela utilização do preservativo masculino. Foram comuns as falas dando conta de que "a camisinha é pequena demais para o meu pênis", ou que "deveria haver um número maior de camisinha". A referência ao pênis na terceira pessoa "ele não gosta, ele não quer" e a existência de apelidos "o sem-vergonha, o guri" ou nomes ("Bráulio"), evocam a concepção do pênis como órgão viril, ativo e sujeito de vontade.

A falta de sensibilidade durante o ato sexual é outro incômodo que o preservativo traz, pois impede o encontro entre os corpos, a troca de temperaturas. O depoimento seguinte é interessante:

> *O Cláudio sempre reclama que com a camisinha ele não tem contato com aquilo de dentro de mim, aquele contato do corpo com o corpo, de pele com pele, aquela coisa apertada, quentinha da gente.* (Cristiane, 22 anos, Direito)

A quebra do ritmo durante a relação sexual para a colocação do condom é tomada, da mesma forma, como desfavorável à prevenção. Através dessa lógica, o preservativo masculino 'corta o clima da relação', linguagem que indica a visão do ato

sexual como algo quente, em contraposição ao preservativo masculino, tido como frio, em associação simbólica com impessoalidade. Assim, a frieza do preservativo masculino liga-se ao frio da impessoalidade na relação que se produz por falta de contato entre os corpos, de trocas de substâncias, fluidos, emoções e sentimentos.

> *Eu acho um saco. Tu estás com uma pessoa, começas a te envolver, aí de repente tens que parar, te levantar da cama, procurar a camisinha (e é quase certo que tu não vais achar). Aí tu voltas para cama, começas tudo de novo, e é aí que acontece. Eu acho uma droga, uma sacanagem da natureza conosco, porque afinal, no contato mais íntimo que duas pessoas podem ter, tu ainda tens que pôr uma coisa no meio, um plástico, uma coisa morta...* (Júlio, 24 anos, Ciências Sociais)

Como se vê, a utilização do condom, além de impedir a realização da relação sexual plena, manifestando quebra do ritmo do envolvimento durante o ato sexual e barreira ao encontro de sentimentos e de fluidos corporais, ainda coloca em cena o perigo e a idéia da morte, que se consubstancializa no preservativo.

Considerações Finais

Na busca de uma apreensão das concepções a respeito da Aids e dos significados simbólicos e práticos de suas formas de prevenção no que concerne à transmissão sexual do vírus HIV, produzimos algumas interpretações ligadas às concepções de risco e às características e valores concernentes às relações sexuais e afetivas entre jovens universitários solteiros moradores de Porto Alegre.

Nesse sentido, apesar do perfil epidemiológico da Aids mostrar registros de elevado número de casos novos entre heterossexuais, a pesquisa aponta para a existência de uma 'imunidade ideológica' contra esta doença, que continua atuando e demarcando identidades sociais, as quais justificam práticas não preventivas com relação à infecção pelo HIV. Esta 'imunidade ideológica' é marcada por valores morais que identificam o soropositivo como desviante/marginal.

Para os jovens estudados, há dupla associação da Aids com marginalidade, tanto porque o vírus HIV, além de atacar a imunodeficiência do organismo, interfere nos atributos morais de seu portador – a contaminação, além de física, é também moral –, como porque há estigmatização de comportamentos sociais considerados desviantes, como o dos homossexuais, o das profissionais do sexo e o dos usuários de drogas, identificados como 'grupos de risco'.

Essa visão acerca da Aids e dos soropositivos dificulta a prevenção da doença, uma vez que os desviantes/marginais são sempre 'os outros'. Neste sentido, o desafio vivido pelos pesquisados é o da produção de estratégias sociais que permitam negociar a prevenção sem esquecer de lidar com os julgamentos morais acerca desta doença, caracterizados pelo desvio e marginalidade.

Neste trabalho, indicamos a possibilidade de uso seletivo das informações quanto à prevenção contra a Aids e procuramos ressaltar os diversos tipos de relacionamentos

afetivos e as diferentes concepções de risco relacionadas com as características e valores a eles associados.

Em síntese, o namoro baseia-se na fidelidade enquanto valor e na noção de amor como garantia de confiança no parceiro, o que faz existir baixa percepção de risco de infecção pelo HIV nesse tipo de envolvimento. A paixão, por sua vez, é vista como súbita e efêmera, o que faz os pesquisados assumirem a importância de procedimentos preventivos contra a AIDS, porém a paixão é experiência em que há predomínio da emoção sobre a razão, na qual não é possível controlar o desejo. Já o 'ficar' é envolvimento momentâneo e descompromissado, no qual os valores da liberdade, autonomia e prazer pessoal estão colocados. Como a troca de fluidos durante a relação sexual supõe trocas de secreções e também de emoções, sentimentos e expectativas que não estão previstas nesse tipo de envolvimento afetivo, há percepção da necessidade do uso do condom.

Ao mesmo tempo, existe a possibilidade de que fatores de ordem física intervenham nas negociações da prevenção, como o tamanho do preservativo, a quebra do ritmo e a falta de sensibilidade durante a relação sexual. A idéia da morte, consubstancializada no preservativo, também se faz presente e lembra, como diz Perazzo (1992), que a escolha pela vida deve incluir, necessariamente, a morte em sua trajetória.

Apesar de destacar os pontos aqui levantados, assumimos a impossibilidade de apreender a multiplicidade de aspectos envolvidos no tema e no objeto desta pesquisa. Sem dúvida alguma, a importância deste estudo reside menos nas interpretações produzidas do que por suscitar interrogações e questionamentos a serem desenvolvidos em trabalhos posteriores.

NOTAS

1 Sobre o distintivismo, ver BOURDIEU (1983). Para um paralelo com o grupo social ao qual pertencem os informantes, ver SALEM (1980).

2 SEFFNER (1995) aborda a temática da potencialidade que o soropositivo possui de ameaçar os outros com seus próprios fluidos corporais, afirmando que esse é estigma que muito incomoda os soropositivos. Segundo o autor, os não soropositivos exageram na possibilidade de ocorrência desse tipo de comportamento, o que é reforçado em notícias de jornal que relatam boatos sobre a contaminação de iogurtes ou sucos pelo sangue contaminado. Também há casos em que os soropositivos mantêm relações sexuais desprotegidas e, depois, anunciam a entrada da vítima para o "Clube dos HIV Positivos". A disseminação de histórias de transmissão proposital do vírus parece confirmar a interpretação de que, no grupo pesquisado, há percepção de que a contaminação pelo HIV, além de física, é também moral.

3 LEAL (1995), em sua pesquisa sobre práticas contraceptivas entre mulheres de classes populares porto-alegrenses, relata a existência de concepção da relação sexual muito parecida com a esboçada aqui. Segundo a autora, a relação sexual é representada como momento em que ocorre a troca de fluidos corporais, que são substâncias transmissoras tanto daquilo que pode ser poluído quanto da vida, das emoções e das substâncias morais.

4 Uma análise das fronteiras da medicalização em domínios em que a autonomia individual é

valorizada encontra-se em Corrêa (1994). Também Rodrigues (1996) busca entender as mediações que sofre o discurso médico, referindo o crescente direito à diferença e a veiculação da Psicanálise no que se refere ao desejo e suas variadas formas de satisfação.

Referências Bibliográficas

Bourdieu P. Gostos de classe e estilos de vida. In: Ortiz, R. (Org.) *Piérre Bourdieu.* São Paulo: Ática, 1983.

Corrêa, M. Medicalização social e a construção da sexualidade. In: Loyola, M. A. (Org.) *Aids e Sexualidade – o ponto de vista das ciências humanas.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Uerj, 1994.

Douglas, M. *Pureza e Perigo.* São Paulo: Perspectiva, 1976.

Guimarães, C. D. O comunicante, a comunicada: a transmissão sexual do HIV. In: Paiva, V. (Org.) *Em tempos de Aids.* São Paulo: Summus, 1992.

Guimarães, C. D. *Questões Ocultas: a percepção dos riscos da Aids na ótica de gênero.* Caxambu: Encontro Anual da Anpocs, XX, 1996. (Mimeo.)

Knauth, D. R. Aids, Reprodução e Sexualidade: uma abordagem antropológica das mulheres contaminadas pelo vírus da Aids. Relatório final. São Paulo: FCC/Fund. MacArthur, II Prodir, jan. 1996.

Leal, O. F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: *Corpo e Significado: ensaios de Antropologia Social.* Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.

Loyola, M. A percepção e prevenção da Aids no Rio de Janeiro. In: *Aids e Sexualidade – o ponto de vista das ciências humanas.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Uerj, 1994.

Perazzo, S. Vida, qua e sera tamen. In: Paiva, V. (Org.) *Em tempos de Aids.* São Paulo: Summus, 1992.

Revista Dados. Editada pelo Radis – Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde –, órgão oficial da Fiocruz, (18):7-15, maio 1996.

Rodrigues, A. M. *O Hiato entre Conhecimento sobre as Vias de Transmissão e as Práticas de Prevenção em Relação à Aids entre Estudantes da USP: a atuação das ideologias coletivas de defesa.* Caxambu: Encontro Anual da Anpocs, XX, 1996. (Mimeo.)

Salem, T. *O Velho e o Novo – um estudo de papéis e conflitos familiares.* Petrópolis: Vozes, 1980.

Seffner, F. Aids, estigma e corpo. In: Leal, O. F. (Org.) *Corpo e Significado: ensaios de Antropologia Social.* Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.

Velho, G. *Individualismo e Cultura – notas para uma Antropologia da sociedade contemporânea.* Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

Velho, G. *Subjetividade e Sociedade: uma experiência de geração.* Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

OUTROS TÍTULOS DA EDITORA FIOCRUZ EM CATÁLOGO(*)

- *Estado sem Cidadãos: seguridade social na América Latina.* Sônia Fleury, 1994. 249p.
- *Saúde e Povos Indígenas.* Ricardo Santos & Carlos E. A. Coimbra (Orgs.), 1994. 251p.
- *Saúde e Doença: um olhar antropológico.* Paulo César Alves & Maria Cecília de Souza Minayo (Orgs.), 1994. 174p.
- *Principais Mosquitos de Importância Sanitária no Brasil.* Rotraut A. G. B. Consoli & Ricardo Lourenço de Oliveira, 1994. 174p.
- *Filosofia, História e Sociologia das Ciências I: abordagens contemporâneas.* Vera Portocarrero (Org.), 1994. 268p.
- *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.* Paulo Amarante (Org.), 1994. 202p.
- *O Controle da Esquistossomose.* Segundo relatório do Comitê de Especialistas da OMS, 1994. 110p.
- *Vigilância Alimentar e Nutricional: limitações e interfaces com a rede de saúde.* Inês Rugani R. de Castro, 1995. 108p.
- *Hanseníase: representações sobre a doença.* Lenita B. Lorena Claro, 1995. 110p.
- *Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira.* Nara Britto, 1995. 111p.
- *A Responsabilidade pela Saúde: aspectos jurídicos.* Hélio Pereira Dias, 1995. 68p.
- *Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças.* Paulo M. Buss e Maria Eliana Labra (Orgs.), 1995. 259p.
- *Só Rindo da Saúde.* Catálogo de exposição itinerante de mesmo nome, 1995. 52p.
- *A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira.* Silvia Gerschman, 1995. 203p.
- *Atlas Geografico de las Malformaciones Congénitas en Sudamérica.* Maria da Graça Dutra (Org.), 1995. 144p.
- *Ciência e Saúde na Terra dos Bandeirantes: a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período 1903-1916.* Luiz Antonio Teixeira, 1995. 187p.
- *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica.* Maria Helena Machado (Org.), 1995. 193p.
- *Recursos Humanos em Saúde no Mercosul.* Organização Pan-Americana da Saúde, 1995. 155p.
- *Tópicos em Malacologia Médica.* Frederico Simões Barbosa (Org.), 1995. 314p.
- *Agir Comunicativo e Planejamento Social: uma crítica ao enfoque estratégico.* Francisco Javier Uribe Rivera, 1995. 213p.
- *Metamorfoses do Corpo: uma pedagogia freudiana.* Sherrine Njaine Borges, 1995. 197p.
- *Política de Saúde: o público e o privado.* Catalina Eibenschutz (Org.), 1996. 364p.
- *Formação de Pessoal de Nível Médio para a Saúde: desafios e perspectivas.* Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.), 1996. 222p.
- *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40.* Sérgio Carrara, 1996. 339p.

(*) por ordem de lançamento/ano.

- *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.* Paulo Amarante, 1996. 141p.
- *Raça, Ciência e Sociedade.* Ricardo Ventura Santos & Marcos Chor Maio (Orgs.), 1996. 252p. (co-edição com o Centro Cultural Banco do Brasil)
- *Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar.* Pedro Teixeira & Silvio Valle (Orgs.), 1996. 364p.
- *VI Conferência Mundial sobre a Mulher.* Série Conferências Mundiais das Nações Unidas, 1996. 352p.
- *Prevención Primaria de los Defectos Congénitos.* Eduardo E. Castilla, Jorge S. Lopez-Camelo, Joaquin E. Paz & Iêda M. Orioli, 1996. 147p.
- *Clínica e Terapêutica da Doença de Chagas: uma abordagem prática para o clínico geral.* João Carlos Pinto Dias & José Rodrigues Coura (Orgs.), 1997. 486p.
- *Do Contágio à Transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico.* Dina Czeresnia, 1997. 120p.
- *A Endemia Hansênica: uma perspectiva multidisciplinar.* Marcos de Souza Queiroz & Maria Angélica Puntel, 1997. 120p.
- *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.* Zulmira Maria de Araújo Hartz (Org.), 1997. 131p.
- *Fome: uma (re)leitura de Josué de Castro.* Rosana Magalhães, 1997. 87p.
- *A Miragem da Pós-Modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização.* Silvia Gerschman & Maria Lucia Werneck Vianna (Orgs.), 1997. 226p.
- *Eqüidade e Saúde: contribuições da epidemiologia.* Rita Barradas Barata, Maurício Lima Barreto, Naomar de Almeida Filho & Renato P. Veras (Orgs.) Série EpidemioLógica, v.1, 1997. 256p. (co-edição com a Abrasco)
- *Os Diários de Langsdorff* – v.1 (Rio de Janeiro e Minas Gerais, 08 de maio de 1824 a 17 de fev. de 1825) e v.2 (São Paulo, de 1825 a 22 de nov. de 1826). Danuzio Gil Bernardino da Silva (Org.), 1997. 400p. (v.1) e 333p. (v.2) (co-edição com a Associação Internacional de Estudos Langsdorff e Casa de Oswaldo Cruz)
- *Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade.* Maria Helena Machado (Coord.), 1997. 244p.
- *Cronobiologia: princípios e aplicações.* Nelson Marques & Luiz Menna-Barreto (Orgs.), 1997. 328p. (co-edição com a EdUSP)
- *Saúde, Trabalho e Formação Profissional.* Antenor Amâncio Filho & Maria Cecília G. B. Moreira (Orgs.), 1997. 138p.
- *Atlas dos Vetores da Doença de Chagas nas Américas* (v.1 – ed. bilíngüe). Rodolfo U. Carcavallo, Itamar Galíndez Girón, José Jurberg & Herman Lent (Orgs.), 1997. 393p.
- *Doença: um estudo filosófico.* Leonidas Hegenberg, 1998. 137p.
- *Saúde Pública: uma complexidade anunciada.* Mario Iván Tarride, 1998. 107p.
- *Epidemiologia da Imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia.* José Jackson Coelho Sampaio, 1998. 130p.

impresso nas oficinas
da Imprinta Gráfica e Editora Ltda.,
à Rua João Romariz, 285 - Rio de Janeiro.